食品衛生自主管理記録表　　　　氏名（　　　　　　　）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 点検日時 | | ／  ： | ／  ： | ／  ： | ／  ： | ／  ： | ／  ： | ／  ： | ／  ： | ／  ： | ／  ： | ／  ： | ／  ： | ／  ： | ／  ： | ／  ： | ／  ： | ／  ： | ／  ： | ／  ： | ／  ： |
|  | |
| 点検項目 | |
| 1 | 下痢、腹痛、嘔吐など体調は悪くない。 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | 同居家族に下痢、腹痛、嘔吐など体調が悪い人はいない。 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | 手指、顔面に化膿創はない。 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | 毛髪はネット、帽子から出ていない。 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 | 作業着、帽子は清潔である。 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 | 手の爪は短く切っている。 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 | 手指の洗浄消毒を正しく行っている。 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 | 指輪、時計等のアクセサリーはしてない。 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 現場点検者の確認サイン | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 食品衛生責任者の確認サイン | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |