

年 月 日

様

学校薬剤師

印

学校給食室の検査結果報告書(中学校)

学校NO.		学校名:						
検査日時:		年	月	日	曜日	時	分	天気:
	検査項目 検 体	使用年数	大腸菌群 コロニー	残留デンプン + または -	残留脂肪 + または -	残留たんぱく質 + または -		
1	ランチボックス							
2	米飯 ボール							
3	汁 わ ん							
4	包 丁							
5	ま な 板							
6	使用水水質検査	(a) 遊離残留塩素濃度 _____ mg/ℓ (b) 色 異常 (あり なし) (c) 濁り 異常 (あり なし) (d) 臭い・味 異常 (あり なし)						
【参考】 食器の洗浄は適切に行われ、洗浄後の食器から残留物が検出されないこと 色、濁り、臭い、及び味について異常がないこと 残留塩素濃度は0.1mg/ℓ 以上あること 【指導内容・事後処置】								