

| 商號名稱： | | 日期 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 備註 | | | |
|--|---|------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----------|----|----|----|----|-------|----|----|----|----|----|----|----|----|--|--|--|
| 營業場所衛生 | 應經常保持清潔，設置病媒防制措施、通風換氣設備，以有效防止蚊、蠅、鼠、蟑及其他病媒，並定期實施消毒工作，備有紀錄可查。 | 檢 查 結 果 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 中央空調冷卻水塔設備，每半年應定期清洗消毒1次以上，備有紀錄可查；冷氣機濾網應定期清洗。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 應於明顯處所，張貼該營業種類衛生有關規定之標示。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 供客用之毛巾、浴巾等用品，應於使用後洗淨消毒；更衣室及沐浴室應性別分開設置，備有淋浴或沖洗設備及衣物櫥櫃，保持清潔。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 照明度在 100 米燭光以上。(室內/夜間) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 開放期間，游泳池水定期換水，備有紀錄可查；涉水池應有專人管理；每兩小時作水質測定。(酸鹼值及自由有效餘氯等) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 設置簡易急救箱，(含紗布、碘酒、棉花棒、膠帶或 OK 繃)，藥品不得過期。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 廁所衛生 | 採不透水不納垢之材料建築，並備有蓋垃圾桶(公用廁所)，隨時保持清潔。 | 果 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 廁所內應有洗手設備，並有清潔劑及紙巾或電動烘手器，廁所清潔紀錄應置於明顯處。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 從業人員衛生 | 從業人員應每年定期接受健康檢查 1 次，備有紀錄可查。(含胸部 X 光肺結核、傳染性眼疾及皮膚病檢查) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 工作時應穿著乾淨整潔工作服。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 發現消費者有妨礙公共衛生之行為，應加以勸阻；勸阻無效者，報請有關機關處理。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 說明 | 1. 本表由衛生管理人員每日檢查填記一次，檢查結果與規定相符者，請作 V 記號，與規定不符者，請作 X 記號，供負責人或衛生主管機關參考，並請保存一年，以供相關機關查核。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 衛生管理人員簽名 | | | | | 負責人簽名 | | | | | | | | | | | |
| | 2. 本表得依此格式自行印製使用。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |