

(指定給水装置工事事業者用)

中間（分岐等）検査点検表

検査立会年月日	年 月 日	指定給水装置工事事業者名	
受付番号	—	主任技術者氏名	
工事場所	吹田市	配管技能を有する者の名称	

被分岐管の管種・口径		給水管の管種・口径	
------------	--	-----------	--

提出時に上記項目を記入のこと。

No	項目	適	指導	否	備考
施工前確認					
1	配管技能を有する者は本人であるか確認	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	—	
2	主任技術者は本人であるか確認	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	—	
3	近隣住民、関係機関等に工事の事前説明が十分にされ、トラブルがない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	—	
4	分岐部位置は図面通りで、オフセットは正確に測定されている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	—	
5	分岐・穿孔予定の管に間違いはないか確認	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	—	
6	必要に応じて適切な土留工を施している	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	—	
7	サドル付分水栓等の分岐材料は適切である	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	密着コアは適切な材料である	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9	防食フィルム等の穿孔作業に必要な材料がそろっている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10	管種に適切な穿孔機である	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11	ドリルの種類は管内面の種類に適したものである	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
施工確認					
12	サドル付き分水栓取付位置は外面を十分に清掃している	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	—	
13	他の給水管の分岐位置から 30cm 以上離れている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	—	
14	ボルトが片締めとならないよう平均して締め付けている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	—	
15	締め付けトルクは適切である	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	—	
16	試験水圧の結果は良好である	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17	切粉を排出でき、切りくずが残らないよう施工している	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	—	
18	密着コアは適切に挿入している	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	—	
施工後確認					
19	水圧試験で漏水及び出水不良がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	—	
20	水質確認で臭気、味、色及び濁度に異常がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	—	
21	残留塩素濃度が遊離 0.1mg/L 以上である	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	—	

※否が1項目でもある場合は、穿孔作業の実施を認めない。

残留塩素濃度	mg/L
--------	------

吹田市水道事業者

検査結果 ・合格 ・指導 ・再検査 検査担当者_____

指導事項
