

毎日点検 衛生管理チェックリスト

令和____年____月

所属長	責任者

調理従事者氏名： _____

点検項目／日	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	
下痢等の症状がない。																																
発熱等の症状がない。																																
家族に下痢等の症状がない。																																
家族に発熱等の症状がない。																																
手指や顔に化膿創はないか。																																
爪は短く切っている。																																
指輪やマニキュア等はしていない。																																
ピアス・イヤリング等はしていない。																																
白衣や帽子は清潔なものである。																																
帽子から毛髪は出していない。																																
手洗いを適切な時期に行った。																																
手洗いを適切な方法で行った。																																
調理室専用の履き物を使用している。																																

〈改善を行った点〉
〈計画的に改善すべき点〉