

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

แบบสำรวจตู้น้ำดื่มหยอดเหรียญ

เขตพื้นที่จังหวัดอุทัยธานี อำเภอ.....

รหัสตู้น้ำหยอดเหรียญ.....

ข้อมูลตู้น้ำหยอดเหรียญ

1. ชื่อผู้ผลิตตู้น้ำหยอดเหรียญ.....

2. ที่อยู่.....

3. เบอร์โทรศัพท์/โทรสาร/อีเมล.....

4. ชื่อผู้ประกอบการที่ตั้งตู้น้ำหยอดเหรียญ.....

5. ที่อยู่.....

6. เบอร์โทรศัพท์/โทรสาร/E-mail.....

7. ว/ด/ป ที่เริ่มติดตั้งตู้น้ำหยอดเหรียญ.....

8. ประตูปิดช่องจ่ายน้ำ สมบูรณ์ ชำรุด อื่นๆ.....

9. ท่อจ่ายน้ำ สกปรก สะอาด ไม่มีตะไคร่น้ำ ไม่มีตะไคร่น้ำ
 อื่นๆ.....

10. ชนิดเครื่องกรองน้ำ

RO UV OZONE RO/UV RO/OZONE RO/UV/OZONE Softener

Softener/UV อื่นๆ.....

11. ตารางการทำความสะอาดตู้น้ำหยอดเหรียญ มี ไม่มี

12. ตารางการเปลี่ยนไส้กรองตู้น้ำ มี ไม่มี

ผลการตรวจวิเคราะห์โคลิฟอร์ม แบคทีเรีย ผ่าน ไม่ผ่าน

จุดพิกัด GPS.....

ขึ้นทะเบียนกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มี ไม่มี

ข้อมูลเพิ่มเติม/ข้อเสนอแนะ

.....
.....
.....
.....

ผู้สำรวจ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วัน.....เดือน.....พ.ศ.

ผู้ตรวจวิเคราะห์ผล.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วัน.....เดือน.....พ.ศ.

ข้อมูลตู้น้ำดื่มหยอดเหรียญอัตโนมัติ

13. สถานที่ตั้งตู้น้ำอัตโนมัติ
- พักอาศัย(คอนโด/หมู่บ้านจัดสรร/หอพักทั่วไป) ห้างสรรพสินค้า/ตลาดนัด/ตลาดสด
- หอพักสถานศึกษา อื่นๆระบุ.....
14. ความเป็นเจ้าของเครื่องผลิตน้ำดื่มหยอดเหรียญ
- เจ้าของสถานที่เป็นเจ้าของ บริษัทเป็นเจ้าของ
- มีคนมาเช่าหน้าร้าน หาเจ้าของไม่ได้

สถานที่ตั้ง

15. สภาพแวดล้อมบริเวณตู้ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- มีฝุ่นละออง ริมถนน มีแสงแดดส่องถึง ตั้งอยู่ในที่ร่ม อื่นๆระบุ.....
16. ตั้งอยู่ห่างจากบริเวณที่มีฝุ่นละออง แหล่งระบายน้ำเสียและขยะมูลฝอยไม่น้อยกว่า 10 เมตร
- ใช่ ไม่ใช่
17. บริเวณพื้นที่ตั้งตู้ไม่เฉอะแฉะ ไม่สกปรกและมีการระบายน้ำที่ถูกสุขลักษณะ
- ใช่ ไม่ใช่
18. ตู้น้ำหยอดเหรียญต้องยกระดับสูงกว่าพื้นอย่างน้อย 10 เซนติเมตร
- ใช่ ไม่ใช่

ลักษณะตู้น้ำหยอดเหรียญ

19. ตู้น้ำและอุปกรณ์ ทำจากวัสดุที่ไม่เป็นสนิม ทนทานป้องกันอันตรายจากไฟฟ้าดูดได้
- ใช่ ไม่ใช่
20. ลักษณะตู้สามารถทำความสะอาด และเคลื่อนย้ายได้ง่าย
- ใช่ ไม่ใช่
21. มีการควบคุมป้องกันแมลง/สัตว์นำโรค เช่นมีการระบายน้ำที่ถูกสุขลักษณะ
- ใช่ ไม่ใช่
22. อุปกรณ์สัมผัสน้ำ ทำมาจากวัสดุที่ใช้กับอาหาร (Food Grade)
- ใช่ ไม่ใช่
23. มีที่วางภาชนะบรรจุน้ำที่แข็งแรง และใช้งานได้สะดวก
- ใช่ ไม่ใช่
24. หัวจ่ายน้ำต้องสูงจากพื้นไม่น้อยกว่า 60 เซนติเมตร
- ใช่ ไม่ใช่

แหล่งน้ำดิบ

25. น้ำประปา น้ำบาดาล อื่น ๆ โปรดระบุ

การควบคุมคุณภาพมาตรฐานน้ำบริโภค

26. มีผลการตรวจวิเคราะห์คุณภาพน้ำบริโภคตามเกณฑ์มาตรฐานน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุปิดสนิท อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
- มี ไม่มี
27. มีผลการตรวจวิเคราะห์ทางด้านแบคทีเรียโดยชุดตรวจอย่างง่าย (Test kit) อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง
- มี ไม่มี

การบำรุงรักษาทำความสะอาด

28. การบำรุงรักษาเครื่องผลิตน้ำดื่มหยอดเหรียญ (ถ้ามีตอบข้อ 29 – 36)

มี ไม่มี

29. การทำความสะอาดภายนอกเครื่องผลิตน้ำดื่มหยอดเหรียญ

มี ไม่มี

30. บำรุงรักษาเครื่องผลิตน้ำดื่มหยอดเหรียญ โดย

ช่างจากบริษัท เจ้าของดำเนินการจ้างตัวเอง

31. มีการทำความสะอาดบริเวณที่ตั้ง ตัวตู้ น้ำหยอดเหรียญ

ไม่ได้ทำ ทุกวัน 1 อาทิตย์/ครั้ง 1 เดือน/ครั้ง อื่น ๆ.....

32. มีการทำความสะอาดพื้นผิวตู้ ช่องระบายน้ำ หัวจ่ายน้ำ

ไม่ได้ทำ ทุกวัน 1 อาทิตย์/ครั้ง 1 เดือน/ครั้ง อื่น ๆ.....

33. ล้างทำความสะอาดและเปลี่ยนวัสดุกรองบำรุงรักษาตามข้อแนะนำของผลิตภัณฑ์

ไม่ได้ทำ ทุกวัน 1 อาทิตย์/ครั้ง 1 เดือน/ครั้ง อื่น ๆ.....

34. ล้างทำความสะอาดถังน้ำใสภายในตู้

ไม่ได้ทำ ทุกวัน 1 อาทิตย์/ครั้ง 1 เดือน/ครั้ง อื่น ๆ.....

35. มีบันทึกการปฏิบัติงานการตรวจสอบคุณภาพน้ำและการดูแลบำรุงรักษาตู้ น้ำหยอดเหรียญ

มี ไม่มี

36. ตู้ น้ำดื่มหยอดเหรียญมีข้อแนะนำและค่าเตือนไว้ในฉลาก

มี ไม่มี

.....

แบบบันทึกสรุปผลการตรวจวิเคราะห์โคลิฟอร์มแบคทีเรียในน้ำบริโภคจากตู้น้ำดื่มหยอดเหรียญ
 โดยใช้ชุดตรวจสอบโคลิฟอร์มแบคทีเรีย อ. 11 กรมอนามัย

CUP.....

ที่	ชื่อตู้น้ำอัตโนมัติ	ชื่อผู้ประกอบการ	ที่อยู่	เบอร์ติดต่อ	ผลการตรวจวิเคราะห์

ชื่อ..... (ผู้รายงาน)
 (.....)
 ตำแหน่ง.....