

始業前個人チェック表

| 確認日 | | 特記事項 | | | | | | | 食品衛生責任者による確認 (印・サイン等) | | | | | | |
|-----|------------------|----------------------|----------------|--------------------|------------------|---------------|----------------|----------------------|--------------------------|-------------|--|--|--|--|--|
| 年 | 月 | 日 | | | | | | | | | | | | | |
| 名前 | 下痢、腹痛、嘔吐等の症状はない。 | 同居人に下痢、腹痛、嘔吐等の症状はない。 | 帽子、作業着等は清潔である。 | 毛髪がネット、帽子等から出ていない。 | 手指、顔面に傷、手荒れ等がない。 | 手の爪は短く切っていない。 | マニキュア等をつけていない。 | 指輪、時計等のアクセサリーはしていない。 | 私物等関係ない物は持ち込んでいない。 | 手洗いを適切に行った。 | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |

記録は、○＝問題なし △＝問題があるかもしれない ×＝問題あり で、その日の状態について、正直に記載を行ってください。