

給水栓水定期検査結果書

『平成 30 年度水質検査計画』に基づき、各配水区の給水栓で採水し検査を実施しました。平成 30 年 12 月は簡易項目及びカビ臭物質の検査月のため、合計 13 項目〔基準項目：11 項目、水温、残留塩素〕についての検査結果を公表します。検査の結果、下表の通り水質に異常はありませんでした。

採水日：平成 30 年 12 月 12 日

	項 目 名	基 準 値 等	延 命 系	勝 立 系	甘 木 系	備 考
	水温	—℃	16.2	14.8	15.4	基準等の設定なし
	残留塩素	0.1mg/l 以上	0.5	0.5	0.4	
No	基 準 項 目	基 準 値				
1	一般細菌	100 個/ml 以下	0	0	0	省略不可項目※1
2	大腸菌	不検出	陰性	陰性	陰性	
3	カドミウム及びその化合物	0.003mg/l 以下	—	—	—	
4	水銀及びその化合物	0.0005mg/l 以下	—	—	—	
5	セレン及びその化合物	0.01mg/l 以下	—	—	—	
6	鉛及びその化合物	0.01mg/l 以下	—	—	—	
7	ヒ素及びその化合物	0.01mg/l 以下	—	—	—	
8	六価クロム化合物	0.05mg/l 以下	—	—	—	
9	亜硝酸態窒素	0.04mg/l 以下	—	—	—	
10	シアン化物イオン及び塩化シアン	0.01mg/l 以下	—	—	—	
11	硝酸態窒素及び亜硝酸態窒素	10mg/l 以下	—	—	—	
12	フッ素及びその化合物	0.8mg/l 以下	—	—	—	
13	ホウ素及びその化合物	1.0mg/l 以下	—	—	—	
14	四塩化炭素	0.002mg/l 以下	—	—	—	
15	1,4-ジオキサン	0.05mg/l 以下	—	—	—	
16	cis-1,2-ジクロロエチレン及び trans-1,2-ジクロロエチレン	0.04mg/l 以下	—	—	—	
17	ジクロロメタン	0.02mg/l 以下	—	—	—	
18	テトラクロロエチレン	0.01mg/l 以下	—	—	—	
19	トリクロロエチレン	0.01mg/l 以下	—	—	—	
20	ベンゼン	0.01mg/l 以下	—	—	—	
21	塩素酸	0.6mg/l 以下	—	—	—	
22	クロロ酢酸	0.02mg/l 以下	—	—	—	
23	クロロホルム	0.06mg/l 以下	—	—	—	
24	ジクロロ酢酸	0.03mg/l 以下	—	—	—	
25	ジブロモクロロメタン	0.1mg/l 以下	—	—	—	
26	臭素酸	0.01mg/l 以下	—	—	—	
27	総トリハロメタン	0.1mg/l 以下	—	—	—	
28	トリクロロ酢酸	0.03mg/l 以下	—	—	—	
29	ブロモジクロロメタン	0.03mg/l 以下	—	—	—	
30	ブロモホルム	0.09mg/l 以下	—	—	—	
31	ホルムアルデヒド	0.08mg/l 以下	—	—	—	
32	亜鉛及びその化合物	1.0mg/l 以下	—	—	—	
33	アルミニウム及びその化合物	0.2mg/l 以下	—	—	—	
34	鉄及びその化合物	0.3mg/l 以下	—	—	—	
35	銅及びその化合物	1.0mg/l 以下	—	—	—	
36	ナトリウム及びその化合物	200mg/l 以下	—	—	—	
37	マンガン及びその化合物	0.05mg/l 以下	—	—	—	
38	塩化物イオン	200mg/l 以下	17	13	14	省略不可項目※1
39	カルシウム、マグネシウム等(硬度)	300mg/l 以下	—	—	—	
40	蒸発残留物	500mg/l 以下	—	—	—	
41	陰イオン界面活性剤	0.2mg/l 以下	—	—	—	
42	ジェオスミン	0.00001mg/l 以下	0.000001未満	0.000001未満	0.000001	
43	2-メチルイソボルネオール	0.00001mg/l 以下	0.000001未満	0.000001未満	0.000001未満	
44	非イオン界面活性剤	0.02mg/l 以下	—	—	—	
45	フェノール類	0.005mg/l 以下	—	—	—	
46	有機物(全有機炭素量)	3mg/l 以下	0.3	0.4	0.6	省略不可項目※1
47	pH 値	5.8 以上 8.6 以下	7.4	7.4	8.0	
48	味	異常でないこと	異常なし	異常なし	異常なし	
49	臭気	異常でないこと	異常なし	異常なし	異常なし	
50	色度	5 度以下	0.5未満	0.5未満	0.5未満	
51	濁度	2 度以下	0.1未満	0.1未満	0.1未満	
水質基準への適合・不適合の判定			適合	適合	適合	

※1 「省略不可項目」は検査頻度を法令に基づく頻度未満に省略できない項目で、原則として毎月 1 回検査を実施します。

※2 「—」は、未検査の項目を表します。