

調査票記入例及び追加説明事項(1/2)

*は必須回答です。選択肢回答は択一です。

-調査票 1 枚目-

<個人情報の取り扱いについて>

「別紙 泡消火薬剤の保有状況調査について」の「8. 個人情報の取り扱いについて」をご一読いただき、個人情報の取扱いについて同意いただける場合は、□にチェックをいれる、または塗りつぶしてください。調査票の内容等について、ご確認いただきたいことがある場合、連絡を申し上げます。

識別番号

B-001

*は必ずご回答ください。

*選択肢は全て択一回答です。

■ 個人情報の取扱いに同意する

●個人情報の同意

ご確認のうえ、チェックしてください。

●識別記号

Web・メール回答の場合は、郵送された紙面に記載された識別番号をご入力ください。

●設問2-2 選択肢

□は、✓をいれるか、塗りつぶしてください。

「9. その他」を選んだ場合は、具体的にご回答ください。

●設問3-1 薬剤保有なし

薬剤保有なしの場合は、1枚目で回答を終了してください。

●設問3-2 代替予定

「1. 代替予定がある」を選んだ場合は代替時期を、「2. 代替予定はない」を選んだ場合はその理由をご回答ください。

●設問3-3 適正な分解処理

技術的留意事項に準拠して処理できる産廃事業者に処分を委託していれば「はい」にチェックしてください。

設問1 ご回答者様について

番号	設問内容	回答(記述)
1-1*	氏名	山田太郎
1-2	部署名	
1-3*	電話番号	045-xxx-xxxx
1-4*	メールアドレス	yamada@co.jp

設問2 消火設備を設置している施設について

番号	設問内容	回答（記述）	
2-1＊	施設の所在地	●●県 xx 市…	
番号	設問内容	回答（□にチェックを入れる、もしくは、塗りつぶしてください）	
2-2＊	施設の種類	☐ 1. 集合住宅	☐ 6. 郵便局
		☐ 2. 公共施設	☐ 7. 宿泊施設
		☐ 3. 商業施設・オフィスビル	☐ 8. ガソリンスタンド
		☒ 4. 工場・事務所	☐ 9. その他
		☐ 5. 病院・福祉施設	【9. その他】の場合 記述

設問3 泡消火薬剤の管理について

番号	設問内容	回答 (□にチェックを入れる、もしくは、塗りつぶしてください)	
3-1*	現在お持ちの泡消火薬剤にPFOS等は含有されていますか。	☒ 1. 含有している	☐ 3. わからない
		☐ 2. 含有していない	☐ 4. 泡消火薬剤を保有していない

設問3-1で「1. 含有している」と回答した方はご回答ください。

番号	設問内容	回答（□にチェックを入れる、もしくは、塗りつぶしてください）	
3-2	PFOS 等を含まない薬剤への代替予定はありますか。	☒ 1. 代替予定がある	☐ 2. 代替予定はない
	【代替予定がある場合】 代替時期（未定を含む）	【記述】 2025年9月	
	【代替予定はない場合】 理由（代替に当たり支障となる事項など）	【記述】	

設問3-1で「2. 含有していない」、「3. わからない」、「4. 泡消火薬剤を保有していない」と回答した方はご回答ください。

番号	設問内容	回答（□にチェックを入れる、もしくは、塗りつぶしてください）	
3-3	過去の泡消火薬剤の状況のうち当てはまるものを1つ選択してください。	☐ 1. 過去にPFOS等を含有する薬剤を保有していたが、代替・処分済	【いつ頃処分されましたか】 記述 【適切な分解処理をされましたか】 ☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明
		☐ 2. これまでPFOS等を含有する薬剤を保有したことはない	☐ 3. わからない

2枚目の調査票にもご回答ください。

(設問3-1で「4. 泡消火薬剤を保有していない」と回答した方は以降のご回答は不要です)

①webによる回答

- ・右図の二次元コードを読み込んで、アンケートにご回答ください。
- ・URL⇒ <https://exrico.form.kintoneapp.com/public/pfas2026y>

②メールによる回答

- ・調査票ダウンロードURL⇒https://www.exri.co.jp/wp/wp-content/uploads/2026/07/4-2_Y-Qre.xlsx
- ・メール返信先⇒ pfas-ans@exri.co.jp

③FAXによる回答

- ・送信先⇒ 03-5956-7523 ((株)エックス都市研究所)



調査票記入例及び追加説明事項(2/2)

PFOS等含有有無にかかわらず、ご回答ください。

- 調査票 2 枚目 -

※ PFOS 等の含有有無にかかわらず、保有する全ての泡消火薬剤についてご回答ください。

<留意事項>

型式番号が異なる泡消火薬剤をお持ちの場合は、本用紙（調査票 2 枚目）をコピーして型式番号別にご回答ください。* 付きの設問は必ずご回答ください。各選択肢は別紙 1～3 をご参照ください。

設問 4 泡消火薬剤の基本情報

※（一社）日本消防装置工業会のシール、設置届出書、納品書等をご確認のうえ、ご回答ください。
※上記情報から分からない場合は、泡消火設備の点検業者等にご相談ください。

■貯蔵槽に貯蔵されている薬剤について、ご回答ください。

※型式番号が不明な場合は「305. 不明」を選択し、設問 4-2・設問 4-3 をご回答ください。

番号	設問内容	回答（別紙 1 から選択してください）
4-1 *	型式番号	7. 泡第 1～6 号
番号	設問内容	回答（別紙 2、別紙 3 から選択してください）
4-2	製造メーカー名	32. 不明
4-3	製品名	201. メガフォーム F-623

※可能な限りご回答ください。不明な場合は、□にチェックを入れる、もしくは塗りつぶしてください。

番号	設問内容	回答（記述）
4-4 *	製造年月	平成 3 年 4 月 □ わからない
4-5 *	泡消火薬剤の合計量(L)	4 0 0 L □ わからない

■貯蔵槽以外（ポリタンク等）で保有している薬剤がある場合、ご回答ください。

※型式番号が不明な場合は「305. 不明」を選択し、設問 4-7・設問 4-8 をご回答ください。

番号	設問内容	回答（別紙 1 から選択してください）
4-6 *	型式番号	305. 不明
番号	設問内容	回答（別紙 2、別紙 3 から選択してください）
4-7	製造メーカー名	30. D I C (株) (大日本インキ化学工業(株))
4-8	製品名	201. メガフォーム F-623

※可能な限りご回答ください。不明な場合は、□にチェックを入れる、もしくは、塗りつぶしてください。

番号	設問内容	回答（記述）
4-9 *	製造年月	年 月 □ わからない
4-10 *	泡消火薬剤の合計量(L)	1 2 0 L □ わからない

設問 5 自由記述

PFOS 等含有泡消火薬剤について、疑問・不明点、不安等があればご記入ください。

環境中に流出したら報告が必要だが、処理方法について詳しく知りたい。

アンケートは以上です。ご多用のところご協力いただき、誠にありがとうございました。

型式番号が異なる薬剤をお持ちの場合は、2 枚目をコピーしてください。※貯蔵槽に 2 つ以上薬剤が入っている、2 つ以上の種類の薬剤のポリタンクがある 等

●設問4-1、4-6

型式番号はシール、設置届出書、納品書等に記載されています。※選択肢は別紙1参照

●設問4-5、4-10

型式番号が同じ薬剤は、合計量を回答ください。
貯蔵槽に複数薬剤が混在して内訳不明の場合は『〇〇L(内訳不明)』。

型式番号が不明の場合、設問 4-1・4-6 で「305. 不明」と回答し、
設問4-2・4-7 製造メーカー名
設問4-3・4-8 製品名
をご回答ください。
※選択肢は別紙2, 3参照

※貯蔵槽の例

①(4-1)型式番号

泡消火薬剤 管理番号	A-000000
このシールは、2023 年以降に泡消火薬剤管理台帳に登録されたことを示します。	
① 管理対象泡消火薬剤：泡消火薬剤の製造・販売元が必ず貼る	
② 管理情報の登録・更新：所定の書式で消防団に報告してください。	
③ このシールを泡消火薬剤の製造・販売元に貼付する場合	
④ 泡消火薬剤（泡消火薬剤の製造・販売元が必ず貼る）を交換、又は廃棄する場合	
⑤ 泡消火薬剤の製造・販売元が必ず貼る、又は廃棄する場合	
型式番号 泡第	～ 号 製造/記載 年 月
型式番号 泡第	～ 号 製造/記載 年 月
型式番号 泡第	～ 号 製造/記載 年 月
一社 日本消防装置工業会 TEL: 03-6564-2181 (内線) E-mail: shoushou@shoushou.co.jp FAX: 03-6564-2771 URL: http://www.shoushou.co.jp/	

出典) 日本消防装置工業会

※貯蔵槽以外の例

②(4-6)型式番号

③(4-7)製造メーカー名

④(4-8)製品名

⑤(4-9)製造年月

(4-10)薬剤合計量

例: 20L タンクを 4 つ保管
⇒ 計 80L を記載



出典) (株) エックス都市研究所