

## トコジラミ防除に関する説明書・同意書(例)

【説明者の情報】

会社名：

住所：

電話番号：

担当者：

### はじめに

この文書は\_\_\_\_\_様宅トコジラミ防除について発生状況、処理方法、使用する薬剤、予測される不具合等についてあらかじめご説明し同意を頂くためのものです。

### 1. トコジラミについて

日中は就寝場所の近くや家具・建具の隙間に潜み、夜中に這い出して吸血しすぐに潜み場所に戻るため見かけることが少なく、繁殖力が強いいため放置すると爆発的に繁殖します。潜み場所が多く特定が難しいため作業は複数回にわたる場合があります。

### 2. お客様宅の状況について

調査の結果、お客様宅の状況と確認できた潜み場所は、下記の通りです。

状況	<input type="checkbox"/> 深刻	<input type="checkbox"/> 中程度	<input type="checkbox"/> 軽度	
潜伏場所	<input type="checkbox"/> ベッド	<input type="checkbox"/> カーテン	<input type="checkbox"/> コンセント	<input type="checkbox"/> 椅子・ソファ
	<input type="checkbox"/> 畳	<input type="checkbox"/> 長押・鴨居	<input type="checkbox"/> 柱	<input type="checkbox"/> 押入れ
	<input type="checkbox"/> タンス	<input type="checkbox"/> その他	_____	

### 3. 防除の方法について

以下の方法を単独、または組み合わせて実施します。

畳・寝具の加熱処理：ふとん乾燥車を使用します。家具の移動が必要です。

スチームによる加熱処理：潜み場所に蒸気を吹き付けします。

エアゾールによる隙間処理：潜み場所にエアゾールを注入します。臭いがあります。

液剤の隙間処理: 潜み場所に液剤を注入します。臭いがあります。

残留噴霧処理: 床、壁、畳に液剤を噴霧します。臭いがあります。

#### 4. 使用する薬剤について

下記の薬剤を組み合わせで使用します。

殺虫剤名 ( ) 特徴(臭い:強 中 弱)

殺虫剤名 ( ) 特徴(臭い:強 中 弱)

殺虫剤名 ( ) 特徴(臭い:強 中 弱)

その他 \_\_\_\_\_

#### 5. 殺虫剤の使用について

医薬品医療機器等法で承認された安全な殺虫剤を使用します。

ご家族に殺虫剤アレルギー、化学物質に過敏な方はおられますか。

いる いない わからない

妊婦、ご老人、幼児 あるいはペットの飼育をされていますか。

いる いない ペットの種類 \_\_\_\_\_

#### 6. 作業回数について

作業回数は\_\_\_\_\_回を予定致します。さらに継続する必要がある場合には別途お見積りさせていただきます。

#### 7. 作業の日程と内容

第1回	月	日	時頃	<input type="checkbox"/> 畳・寝具の加熱処理	<input type="checkbox"/> スチームによる加熱処理
残留噴霧処理				<input type="checkbox"/> エアゾールによる隙間処理	<input type="checkbox"/> 液剤の隙間処理 <input type="checkbox"/>
第2回	月	日	時頃	<input type="checkbox"/> 畳・寝具の加熱処理	<input type="checkbox"/> スチームによる加熱処理
残留噴霧処理				<input type="checkbox"/> エアゾールによる隙間処理	<input type="checkbox"/> 液剤の隙間処理 <input type="checkbox"/>
第3回	月	日	時頃	<input type="checkbox"/> 畳・寝具の加熱処理	<input type="checkbox"/> スチームによる加熱処理
残留噴霧処理				<input type="checkbox"/> エアゾールによる隙間処理	<input type="checkbox"/> 液剤の隙間処理 <input type="checkbox"/>
第4回	月	日	時頃	<input type="checkbox"/> 畳・寝具の加熱処理	<input type="checkbox"/> スチームによる加熱処理
残留噴霧処理				<input type="checkbox"/> エアゾールによる隙間処理	<input type="checkbox"/> 液剤の隙間処理 <input type="checkbox"/>
残留噴霧処理					

8. お客様に願いまする作業

以下についてはお客様ご自身での実施をお願いします。

- 押入れ・タンスの整理  不用品の処分  衣類クリーニング  布団丸洗い  
 初回作業後\_\_\_\_日間外泊する  外泊後室内に戻る時は十分に換気する

9. 作業の完了

以下の項目が\_\_\_\_日以上続いた時点で本防除作業の完了といたします。作業終了後に再度発生があった場合は、別途お見積りとさせていただきます。

- 家族全員に刺咬被害がなくなった。  
 生きた虫を目撃しない。  
 新たな死骸を見ない。

10. 免責事項

体調不良による治療費、通院費用は保証致しかねますので予めご了承下さい。

11. 予測される不具合について

施工にあたって以下の不具合が発生する場合があります。

- 薬剤の臭気が不快だ。気分が悪くなった。 ⇒  換気して下さい。  
⇒  薬剤を変更します。  
⇒  薬剤を中止します。  
 家具、什器にシミができた。畳が反った。 ⇒  損害保険により補償致します。  
 何回実施しても効果がない。好転しない。 ⇒  施工方法を修正します。

以上について理解し各項目に同意のうえ作業を発注します。

住所:

平成 年 月 日 \_\_\_\_\_ (印)