

붙임 1

빈대 확인 및 예방을 위한 체크리스트(시설용)

점검일자	
시설명	
점검자	

순번	점검 내용	응답
1	시설 내 빈대 발생 확인	
1-1	본인 또는 이용객으로부터 빈대 목격 또는 물림에 대한 민원을 받으신적이 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예, <input type="checkbox"/> 아니오
1-2	대상시설에서 빈대 및 허물 등 빈대의 흔적을 확인하였습니까?	<input type="checkbox"/> 예, <input type="checkbox"/> 아니오
1-3	대상시설의 청소 및 관리 시 빈대를 확인하였습니까?	<input type="checkbox"/> 예, <input type="checkbox"/> 아니오
1-4	주변시설에 빈대 출현 소식을 접한 바 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예, <input type="checkbox"/> 아니오
2	장소별 빈대 유무 상세 점검	
2-1	침대헤드, 매트리스 및 베개 시접부분, 이불 이음새, 침대 스프링 및 프레임 틈새 등	<input type="checkbox"/> 예, <input type="checkbox"/> 아니오
2-2	소파, 벽에 걸린 액자 뒷면, 카펫 등	<input type="checkbox"/> 예, <input type="checkbox"/> 아니오
2-3	창문 주변(창틀) 및 커튼	<input type="checkbox"/> 예, <input type="checkbox"/> 아니오
2-4	갈라진 벽면, 콘센트 주위, 바닥과 벽면이 맞닿는 곳의 갈라진 틈새, 커튼 사이 등	<input type="checkbox"/> 예, <input type="checkbox"/> 아니오
3	빈대 예방·관리 현황	
4-1	대상 시설에서 빈대 방제를 위해 진공 또는 스팀 청소기를 사용하였습니까?	<input type="checkbox"/> 예, <input type="checkbox"/> 아니오
4-2	대상 시설에서 빈대 방제를 위해 침구 세탁 및 건조를 하였습니까?	<input type="checkbox"/> 예, <input type="checkbox"/> 아니오
4-3	대상 시설에서 빈대 방제를 위해 침구 교체를 실시하였습니까?	<input type="checkbox"/> 예, <input type="checkbox"/> 아니오
4-4	대상 시설에서 전문업체가 빈대 방제를 수행하였습니까?	<input type="checkbox"/> 예, <input type="checkbox"/> 아니오