

カウンセリングシート

ID: _____

		日付	20	年	月	日
ふりがな		ご職業				
飼い主様のお名前		電話番号	()			
		緊急連絡先	()			
ふりがな						
ご住所	〒 -					
ふりがな		性別	オス ・ オス去勢			
ペットのお名前			メス ・ メス避妊			
生年月日	20 年 月 日 (満 歳) <input type="checkbox"/> 推定	ペット種	犬 ・ 猫			
飼育開始日 (入手方法)	20 年 月 頃 ペットショップ・ブリーダー・自宅で生まれた・譲渡・保護 その他 ()	犬種・猫種				
		毛色				
マイクロチップ	なし・あり (No. :)	保険加入	未加入 加入 ()			
本日の来院目的	グルーミング ・ ホテル ・ トレーニング					
既往歴 (病名、発症時期、手術日等)						
アレルギー	ない ある ()					
予防 (しているものに☑)	<input type="checkbox"/> 混合ワクチン (種) <input type="checkbox"/> 狂犬病 <input type="checkbox"/> フィラリア <input type="checkbox"/> ノミ・マダニ <input type="checkbox"/> その他 ()					
生活環境	室内 (放し飼い) ・ 室内 (ケージ) ・ 主に室内 (出入自由) ・ その他 ()					
同居ペット	いない いる (犬: _____ 匹、猫: _____ 匹、その他 _____)					
当施設を 知ったきっかけ	チラシ ・ 近所 ・ ホームページ ・ Instagram ・ ご紹介 (_____ 様) その他 ()					
以前かかりつけの 動物病院名		DM送付	可 ・ 不可			
今まで通っていた サロンや幼稚園名						
身分証明書確認	未 ・ 済 (運転免許証 ・ 健康保険証 ・ マイナンバーカード ・ 在留カード ・ パスポート ・ その他 _____)					

裏面のご記入もお願いいたします。



お散歩デビューはいつ頃でしたか	歳 カ月 ・ 不明	お散歩の頻度	1日 回 (分)
幼稚園に預けたことがありますか	はい ・ いいえ	預けた時の様子	
他のワンちゃんへの反応		うんち、おしっこ	中 (トイレシート or トイレトレ) 外 ・ どちらでも
好きな食べ物		おもちゃ・遊び	
知らない人への反応		その他の悩み	