


飼い主様

お名前 主に来店される方	(ふりがな)	電話番号	(携帯)	-	-
	様		(自宅)	-	-
ご住所	〒 -				
その他 ご来店される方	お名前①	様(ご関係)	電話番号	-	-
	お名前②	様(ご関係)	電話番号	-	-
	お名前③	様(ご関係)	電話番号	-	-
ご来店経緯	<input type="checkbox"/> ご紹介 ( 様) <input type="checkbox"/> クチコミ <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> チラシ <input type="checkbox"/> その他( )				


わんちゃん

お名前	(漢字表記の場合はふりがな)		犬種	毛色	
	ちゃん				
情報	誕生日	(不明な場合は推定)	性別	男の子 ・ 女の子	体重
	20 年 月 日				kg
	かかりつけ病院		去勢/避妊手術	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 予定有(いつ頃) <input type="checkbox"/> 未	
予防 (病院処方もの)	ノミ・ダニ	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	※発生時は施術をお断りする場合がございます。		
	フィラリア	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	※予防で防ぐことのできる病気です。未の場合は獣医にご相談下さい。		
	狂犬病ワクチン	<input type="checkbox"/> 済(最終接種日 20 年 月 日)	<input type="checkbox"/> 未(理由 )		
	混合ワクチン	<input type="checkbox"/> 済(最終接種日 20 年 月 日)	<input type="checkbox"/> 未(理由 )		

 以下に当てはまる症状はありますか？


なし 発作・痙攣・てんかん 心疾患 ヘルニア 脱臼


詳細(症状/頻度)


 上記以外に、今までかかった 又は 治療中の病気やケガはありますか？


なし あり(経過観察・治療中・完治)


詳細(いつ頃/症状/頻度)

 イボや腫瘍はありますか？ なし あり 場所

 薬は服用していますか？ なし あり 詳細

 アレルギーはありますか？ なし あり 詳細

 腹バリカン なし あり 軽く / 足裏バリカン なし あり 軽く(表面のみ)

 その他、気をつけてほしいことがあれば教えてください。

[食事]

●主食は何ですか？ ※複数可

ドライフード〈商品名→ 〉 / ウェットフード〈商品名→ 〉  
/ トッピングあり〈商品名または食材→ 〉 / 手作り / 療法食やダイエットフード

●どのように決めていますか？ ※複数可

家に迎えた際に食べていた / ショップで勧められた / 病院で勧められた / 知人に勧められた  
/ ネットで検索した / その他〈→ 〉

●どのように与えていますか？ ※複数可

食器(地面/台あり) / 手やスプーンから / ふやかす

●食べつきはどうですか？

完食する / 残す時がある / いつも残す

●間食はありますか？

なし / 市販おやつ / その他〈→ 〉

下記のようなフードの情報は興味がありますか？

- \*「くさっ」と感じるフードの原因
- \*フード価格っていくらが当たり前？
- \*涙やけ・臭いウンチ・肥満

…こんなお悩みはフード選びが解決の近道！

↓

- 本日、5分程話を聞いてみたい
- 時間がある日に聞いてみたい
- 興味ない

[運動]

●お散歩や運動量はどうですか？

たまに散歩あり〈頻度→ 〉 / 毎日散歩あり〈1日の総時間→ 〉 / 室内のみでよく動く

[デンタルケア]

●お家ではどのようにケアしていますか？ ※複数可

歯ブラシで歯磨き〈頻度→ 〉 / シートや指にはめるタイプ / 飲み水やフードに入れる〈商品名→ 〉 / ガム・おやつ・おもちゃ

●歯ブラシを使った歯磨きはどれくらいできますか？

よくできる / ほどほどできる / あまりできない / 全くできない〈→ 怒る / 噛む 〉 / 未挑戦

●麻酔下での歯科処置の経験はありますか？(歯石除去など)

なし / あり〈いつ頃→ 〉

[皮膚被毛ケア]

●お家でのブラッシングはどうですか？

毎日する / たまにする〈→ 日に1回程〉 / できない〈→ 嫌がる / 怒る / 噛む 〉 / 未挑戦

●お家でシャンプーをすることはありますか？ なし / あり〈頻度→ 〉