

カウンセリングシート

飼い主様のお名前	ふりがな：	電話番号（ご自宅）	
		携帯電話	
住所	〒：		
ペットのお名前			
動物種	<input type="checkbox"/> 犬 <input type="checkbox"/> 猫	種類：	
性別	男の子（去勢 <input type="checkbox"/> 済み <input type="checkbox"/> 未）	生年月日	
	女の子（避妊 <input type="checkbox"/> 済み <input type="checkbox"/> 未）	西暦	年 月 日
トリミング頻度	<input type="checkbox"/> 初めて <input type="checkbox"/> 2週間以内 <input type="checkbox"/> 1ヶ月以内 <input type="checkbox"/> 2ヶ月以内 <input type="checkbox"/> それ以上		
健康上の悩み	<input type="checkbox"/> 涙やけ <input type="checkbox"/> 外耳炎 <input type="checkbox"/> フケ <input type="checkbox"/> 乾燥肌 <input type="checkbox"/> オイリー肌 <input type="checkbox"/> アレルギー <input type="checkbox"/> 皮膚病 <input type="checkbox"/> 特になし		
性格・特徴			
病歴・怪我歴			
かかりつけ動物病院	当院・その他（	電話番号	
人を噛んだことがありますか？	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない	
あると答えた方➡どんな時に噛みますか？			
当店を選ばれたきっかけは？			
<input type="checkbox"/> 当院にかかっている <input type="checkbox"/> 近所 <input type="checkbox"/> SNS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> ご紹介（ご紹介者） <input type="checkbox"/> その他（）			
SNSなどへの写真の掲載をしてもよろしいですか？		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	

スタッフ記入欄

カルテ番号：

予防証明書：VAC 有・無・抗体検査 RV 有・無

まつげカット：する・しない・おまかせ

ひげカット：する・しない・おまかせ

備考

病院カルテ番号：

カルテ作成日：

担当