

# カウンセリングシート



フリガナ			
申込者お名前	様		
ご住所	〒		<input type="checkbox"/> 公式LINE登録済 <input type="checkbox"/> 運転免許証: <input type="checkbox"/> 保険証: <input type="checkbox"/> その他( ):
お電話番号		緊急連絡先	
メールアドレス		狂犬病	20 年 月 日
		ワクチン	20 年 月 日
ワンちゃんのお名前	くん ちゃん	犬種	
性別	女の子 ・ 男の子	生年月日	年 月 日
避妊・去勢	済 ・ 未		( 歳)
夜間カメラ	要 ・ 不要	カメラアドレス	同上 / @
お散歩	要 ・ 不要	下痢・嘔吐時	<input checked="" type="checkbox"/> 投薬※      可 ・ 不可

わんちゃんの詳細について:

※下痢止め・嘔吐止め

トイレについて	<input checked="" type="checkbox"/> ペットシートで: <input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> 出来ない <input type="checkbox"/> 室外のみ <input checked="" type="checkbox"/> ペットシート: <input type="checkbox"/> 噛む <input type="checkbox"/> 噛まない <input checked="" type="checkbox"/> ケージ内で足を: <input type="checkbox"/> 上げる <input type="checkbox"/> 上げない <input checked="" type="checkbox"/> トイレトレイ: <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 <input checked="" type="checkbox"/> ネット: <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 <input checked="" type="checkbox"/> マナーパンツ (日中) <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要      (夜間) <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 <input checked="" type="checkbox"/> その他注意事項:
	<input checked="" type="checkbox"/> 犬: <input type="checkbox"/> 好き <input type="checkbox"/> 苦手 <input checked="" type="checkbox"/> 人: <input type="checkbox"/> 好き <input type="checkbox"/> 苦手 <input checked="" type="checkbox"/> 個別預の必要性: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 噛み癖: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合:
社会生について	<input checked="" type="checkbox"/> その他注意事項:
食事について	( )回 / 日 朝 / 昼 / 夜 <input checked="" type="checkbox"/> アレルギー <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合の詳細)
その他気をつけること	<input checked="" type="checkbox"/> その他注意事項:

当店備考欄・履歴:
