

# カウンセリングシート

【記入日】  
20 年 月 日

フリガナ			<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（ ）：	
申込者お名前			様	
ご住所	〒	緊急 連絡先		
お電話番号		ワンちゃん の 生年月日	20	年 月 日
メールアドレス (カメラ)		狂犬病	20	年 月 日
		ワクチン	20	年 月 日
ワンちゃんのお名前	お家での呼び名：	犬種		体重 kg
性別	男の子 ・ 女の子	アレルギー	有 ・ 無	
避妊・去勢	済 ・ 未		有りの場合の詳細：	
夜間カメラ	有 ・ 無	下痢・嘔吐時	■投薬※ 可 ・ 不可	
お散歩	有 ・ 無		※下痢止め・嘔吐止め	

トイレについて	マナーパンツ		ケージ内	
	日中	夜間	トイレトレイ	トイレネット
	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ L字 ・ 無	有 ・ 無
	※マーキングする子、トイレの失敗が多い子、未去勢の子は、マナーパンツを巻かせていただきます			

投薬	有 ・ 無	有りの場合の詳細：
----	-------	-----------

食事について	( ) 回/日 朝 / 昼 / 夜 その他注意事項：
社会性について	■犬： <input type="checkbox"/> 好き <input type="checkbox"/> 苦手      ■人： <input type="checkbox"/> 好き <input type="checkbox"/> 苦手 ■個別預の必要性： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ■噛み癖： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無      (有の場合： ..... ..... ■その他注意事項：
その他 気をつけること	

当店備考欄：