

初回カウンセリングシート

記入日 年 月 日

| | | | |
|------------------------|---|---------|-------------|
| 飼主様の氏名 | | | |
| パートナーの名前 | | 犬種 | |
| 生年月日 | 年 月 日 | 年齢 | 歳 |
| 性別 | オス メス | 不妊手術の有無 | 有 ・ 無 |
| おうちに来た日 | 年 月 日 | 同居犬の有無 | 有 (頭) ・ 無 |
| 入手先 | <input type="checkbox"/> ペットショップ (ショップ名:) <input type="checkbox"/> ブリーダー (父母犬を見た 母犬だけを見た 兄弟犬だけを見た その他) <input type="checkbox"/> 保護犬 (保健所 愛護団体 ネットから ご自分が見つけた) <input type="checkbox"/> その他 () | | |
| 家族構成 | | | |
| ハウス | 有 ・ 無 <input type="checkbox"/> ケージ・クレート <input type="checkbox"/> サークル <input type="checkbox"/> その他 () | | |
| おうちでの過ごし方 | <input type="checkbox"/> 基本的にフリー <input type="checkbox"/> 基本的にハウスで過ごす <input type="checkbox"/> 必要に応じてハウスで過ごす | | |
| お留守番の時間 | 1日 () 時間を 週に () 回 | | |
| お散歩 | () 分 1日 () 回 毎日または週 () 回 場所 () | | |
| トイレ | トイレの場所 : 外 ・ 中 (トレーメッシュ有 ・ トレーメッシュ無 ・ シーツのみ) 1日におしっこ () 回 うんち () 回 コマンド : 無 ・ 有 おやつ使用 : 無 ・ 有 | | |
| 食事について | <input type="checkbox"/> ドライフード (商品名) <input type="checkbox"/> ウェットフード (商品名) <input type="checkbox"/> 手作り (加熱 ・ 非加熱) <input type="checkbox"/> その他 (例: 人の食べる物など) | | |
| 食事の回数 | 1日 () 回 食べない時: 無 ・ 有 | | |
| 病歴 かかりつけ動物病院 () | | | |

カルテ番号

裏へ続く

