

## 受付表

|         |
|---------|
| 登録No. . |
|---------|

※該当する項目にチェック又は記入をお願いします。

年   月   日

|         |   |  |                                   |                                      |                                |    |
|---------|---|--|-----------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------|----|
| フリガナ    |   |  |                                   | 自宅TEL                                |                                |    |
| 氏名<br>様 |   |  |                                   |                                      |                                | 携帯 |
|         |   |  |                                   |                                      |                                |    |
| 住所      | 〒   |  |                                   |                                      |                                |    |
| コース     | <input type="checkbox"/> 美容                                     |  | <input type="checkbox"/> セルフシャンプー |                                      | <input type="checkbox"/> ドッグラン |    |
| 来店動機    | <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 紹介( 様) |  |                                   | <input type="checkbox"/> その他( 利用あり ) |                                |    |
| 備考      |   |  |                                   |                                      |                                |    |

### わんちゃんカルテ

|  |  |          |                       |                              |                               |
|--|--|----------|-----------------------|------------------------------|-------------------------------|
| 名前<br>ちゃん  |  |          | 犬種                    |                              |                               |
|  |  |          | 性別                    | 男の子                          | 女の子                           |
| お誕生日   | 年   月   日  | 避妊 or 去勢 |                       | 済                            | 未                             |
| 食べているフード   | <input type="checkbox"/> ドライフード <input type="checkbox"/> ウエット <input type="checkbox"/> 缶詰 <input type="checkbox"/> 手作り   フード名( )   |          |                       |                              |                               |
| かかりつけ病院  |  |          | 狂犬病予防接種               | 済                            | 未                             |
|  |  |          | 混合ワクチン接種              | 済                            | 未                             |
| 予防   | フィラリア  | 済   未    | ノミダニ駆除<br>(フロントラインなど) | 済(いつ頃? 頃)未                   |                               |
| 健康上の悩み   | <input type="checkbox"/> -目 <input type="checkbox"/> -歯周病 <input type="checkbox"/> -皮膚 <input type="checkbox"/> -肥満 <input type="checkbox"/> -アレルギー <input type="checkbox"/> -耳 <input type="checkbox"/> -その他 <input type="checkbox"/> -特になし |          |                       |                              |                               |
| 具体的にどのような悩みですか?  |  |          |                       |                              |                               |
| 性格・特徴  |  |          |                       |                              |                               |
| 病歴・怪我歴   |  |          |                       |                              |                               |
| 噛みつきはありますか?  | <input type="checkbox"/> ある  |          |                       | <input type="checkbox"/> なし  |                               |
| あると答えた方⇒どんな時に噛みますか?  |  |          |                       |                              |                               |
| 備考 <u>(アレルギーや皮膚が弱い、足が悪いなどトリミングで特に注意することや知っておいてもらいたいことなど)</u> |  |          |                       |                              |                               |
| ホームページ・ブログ・印刷物などに写真掲載させていただいているですか?                          |  |          |                       | <input type="checkbox"/> YES | • <input type="checkbox"/> NO |