

# ご 質 問 票

お名前: \_\_\_\_\_

ご住所:〒 \_\_\_\_\_

電話番号: \_\_\_\_\_

携帯電話: \_\_\_\_\_

メールアドレス: \_\_\_\_\_

犬名: \_\_\_\_\_

種類: \_\_\_\_\_

生年月日: 20\_\_年\_\_月\_\_日

性別: ♂・♀      去勢／避妊: Y ・ N

狂犬病接種: 20\_\_年\_\_月\_\_日

混合接種: 20\_\_年\_\_月\_\_日

その他(ノミ予防等): \_\_\_\_\_

\*フードの量:

1日 \_\_回 1回量: カップ\_\_杯 \_\_\_\_g \_\_\_\_cc分

\*アレルギー; あり・なし

アレルギーの種類は?: \_\_\_\_\_

\*おやつは? \_\_\_\_\_

\*物を噛んだり、壊したり、食べたりしますか?

\*おもちゃはどんなのが好きですか?

\*怖がる物は? 雷 ・ 花火 ・ 車 ・ 他の犬 ・ 他 \_\_\_\_\_

\*他に注意事項はありますか;

\*\*ホームページにワンちゃんの写真を載せてよろしいですか? はい ・ いいえ

お持ち込み; フード・食器・おもちゃ・おやつ・サプリ・薬・敷物・毛布

首輪・リード・その他( )

\*かかりつけの獣医師;

Tel:

当犬舎ではワンちゃん達の健康管理に最善を尽くしていますが、何かありましたらご連絡の上、かかりつけの獣医師または当方のアドバイザーの獣医師に指示をあおぐようになります。

当方の過失の場合をのぞき、診察代金は別途ご請求させていただきますのでご了承下さい。