

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。