

○●美容初来店 問診票●○

初来店日	年 月 日 ()	身分証確認	<input type="checkbox"/> 済	<input type="checkbox"/> 無
飼主氏名	(フリガナ)			
所在地	(〒 -)			
電話番号	() -	【緊急連絡先】		

ペット種		ペット名 前	
ペット 生年月日	年 月 日	歳	【♂・♀】
確認事項	<input type="checkbox"/> 狂犬病 年 月 日	<input type="checkbox"/> ワクチン 年 月 日	<input type="checkbox"/> 避妊・去勢 <input type="checkbox"/> フィラリア

★2週の間ケガや病気をしましたか? 【 YES ・ NO 】

○YES と答えた方

(病名) (症状)

○NO と答えた方でも持病や大きな怪我などがある場合はお聞かせください

(病名) (症状)

★日頃のペットの健康状態であてはまるものにチェックをしてください

- 体を痒がる・痛がる どの部分
- イボ・腫瘍がある どの部分
- 急に倒れたことがある どんな時
- 下痢・嘔吐をよくする どんな時
- 咳がでる どんな時
- 怒る・興奮する どんな時
- 耳が遠い
- 目が見えにくい
- 人見知り・犬見知りする
- 現在、薬を服用している (どのような治療の薬?)
- その他(悩みや気になることがあればお聞かせください) *アレルギー・フケ・外耳炎など

★スタッフが注意することがありましたらお聞かせください

★紹介でご来店の方は紹介者様のお名前をご記入ください お名前

別紙の利用規約に同意します ご署名