

# ペットケア カウンセリングシート



☆ご記入の上、カウンセリング時にお持ちください♪♪



記入日 年 月 日  
 来訪 (担当者)  
 電話 (担当者)

## 飼い主様について

19年1月10日改定

お名前	フリガナ	様	固定電話	
			携帯電話	
ご住所	フリガナ	〒 -	FAX	
			メールアドレス	

## ワンちゃんについて

多頭の場合わかるように記入してください☆

お名前	フリガナ	性別	<input type="checkbox"/> 男の子 <input type="checkbox"/> 女の子		去勢・避妊	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未
	ちゃん					
犬種		体重	kgくらい	生年月日	年	月 日 歳

当施設をどちらでお知りになりましたか？

ご家族構成を教えてください

どなたがメインでお世話していますか？

お預け予定日を教えてください

☆チェックイン・チェックアウト 可能時間 (10時~18時)

チェックイン	チェックアウト	滞在先
月 日 時	月 日 時	
月 日 時	月 日 時	
月 日 時	月 日 時	

お預けをご検討されている理由

シニア犬ちゃんだから ・ ご病気を持っているから ・ 分離不安があるから ・ 投薬があるから  
 ・ お世話に補助が必要だから ・ そばに人がいて欲しいから

その他

環境

家の中でフリー ・ 家の中でサークル ・ 外出時のみサークル ・ 夜寝る時のみサークル  
 屋外でフリー ・ 屋外で繋いでいる ・ その他

下痢

よくある ・ 時々 ・ たまに ・ 滅多にない

どのような時に下痢しますか？

嘔吐

よくある ・ 時々 ・ たまに ・ 滅多にない

どのような時に嘔吐しますか？

胃液を吐くことはありますか？



性格 どのような性格？他のわんちゃんや人は得意ですか？  
得意 ・ 苦手

お預かり中他のわんちゃんとフリースペースでお遊びご希望ですか？

希望する ・ 希望しない

吠え癖はありますか？どんな時によく吠えてしまいますか？

苦手な事や気を付けたことが良いことはありますか？

噛んでしまうことはありますか？ あり ・ なし  
☆暴れ・噛みつき癖がある場合、  
お預かりをお断りする場合があります

ありの場合どんな時ですか？



夜間の様子 熟睡している ・ 起きている

夜間のご様子はいかがですか？

どちらで寝ていますか？

ごはん どのようなごはんを食べていますか？ (量・回数)

カリカリで食べている ・ ふやかして食べている

どのようにあげていますか？

お皿から食べている ・ 手から食べている ・ その他

食欲はありますか？

ある ・ ない

食器台利用

している ・ していない

%くらい食べている

飲水 お水はどのように飲んでいきますか？

お皿から飲んでいる ・ ペットボトルの吸水器から飲んでいる ・ その他

おやつ どのようなおやつ

いつどのような時にあげていますか？

1回の量( )

お預かり中のおやつ 有 ・ 無

☆有の場合はご持参ください



排泄 オムツ ・ マナーウェアの装着 有 ・ 無 ☆滞在中必要なのでお持ちください  
いつ着けていますか？

うんち どちらでされていますか？  圧迫排便が必要 1日 回

外 ・ 室内  
トイレトレー (メッシュ ・ メッシュ無し) ・ シーツのみ

うんちの回数 1日 回位 シーツをいたずら・誤飲することはありますか

普段のうんちで気になる点はございますか？ ある ・ ない

はい ・ いいえ 気になる点

おしっこ どちらでされていますか？  圧迫排尿が必要 1日 回

外 ・ 室内  
トイレトレー (メッシュ ・ メッシュ無し) ・ シーツのみ

おしっこ回数 1日 回位

普段のおしっこで気になる点はございますか？

はい ・ いいえ 気になる点

お散歩 自分で歩ける子のみ対応 歩行 ・ 抱っこやカートでお散歩 ・ していない

1日 回 使用するグッズ

お散歩中に他のワンちゃん・人・車等苦手なものや気をつけたことが良いことなどありますか？

段差 可 ・ 不可 理由

かかりつけの病院

当院を受診されたことはありますか？  有 ・  無 いくつに受診されましたか？

アレルギー

有 ・ 無

有りの方・・・なにのアレルギー・症状

聴力

聞こえている ・ 聞こえない

視力

見えている ・ 見えていない

ワクチン・狂犬病

混合ワクチン最終接種日(1年以内)		狂犬病予防接種最終接種日(1年以内)	
年 月 日	<input type="checkbox"/> 証明書あり	年 月 日	<input type="checkbox"/> 証明書あり
接種なしの理由		接種なしの理由	
<input type="checkbox"/> 猶予証明書あり <input type="checkbox"/> 猶予証明書お取寄せ		<input type="checkbox"/> 猶予証明書あり <input type="checkbox"/> 猶予証明書お取寄せ	

☆持病等の理由でかかりつけ病院の獣医師から猶予されている場合を除いて、獣医師の判断で接種が可能な場合は接種してください。当施設では接種されているワンちゃんをお預かりさせていただいています。混合ワクチン・狂犬病は同時に接種はできません。必ず1ヶ月、期間をあけて下さい。

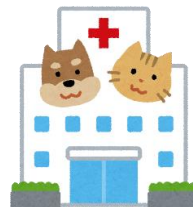
☆獣医師の判断で接種できない場合は猶予証明書を発行頂きご持参ください。かかりつけ病院に相談されてください。

フィラリア予防  している・・・毎月の投薬日（ 年 月 日） 薬品名（ ）  
 投薬時期（ 月 ～ 月 ）  
 (5月～12月実施  していない  
 1ヶ月に1回) フィラリア陰性検査日（ 年 月 ）

ノミ・ダニ駆虫予防  している・・・毎月の投薬日（ 年 月 日） 薬品名（ ）  
 (通年実施 1ヶ月に1回) 投薬時期（ 月 ～ 月 ・ 通年 ）  
 していない していない理由



当院でお預かりの場合、ノミ・ダニ予防は通年で行っております。  
 ノミ・ダニ駆虫薬の未投薬の場合は、お預かり前にご自宅で投薬お願いいたします。  
 かかりつけの獣医師の判断で投薬されていない場合は、事前にご相談ください。  
 当院で処方させていただく場合、料金はおお客様のご負担となります。  
 フィラリア予防・ノミ・ダニ予防の薬品は担当獣医師にお任せください。  
 お薬をお持ちの場合はご持参下さい。



医療 現在治療中の病気やケガなどはございますか？  
 ある ・ ない

① 傷病名または症状名		治療内容・お薬（1回の量・回数）
検査・治療開始日	西暦 年 月 日から	
動物病院名		

② 傷病名または症状名		治療内容・お薬（1回の量・回数）
検査・治療開始日	西暦 年 月 日から	
動物病院名		

③ 傷病名または症状名		治療内容・お薬（1回の量・回数）
検査・治療開始日	西暦 年 月 日から	
動物病院名		

上記以外で継続して服用している（使用している）医薬品やサプリメントなどございますか？



ある ・ ない

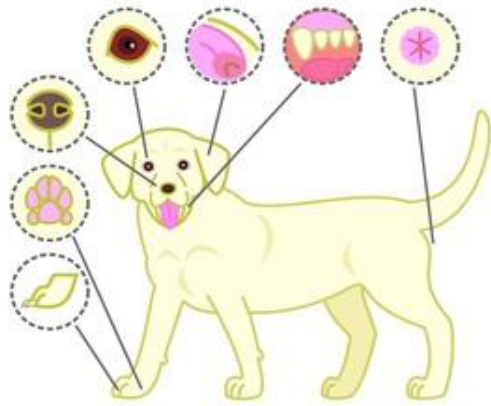
	商品名	1回の量・回数	目的
医薬品・サプリメント			
医薬品・サプリメント			
医薬品・サプリメント			

夜間  夜間20時～翌朝9時までは3～4時間に1回の巡回になります。  
 夜間は急患・緊急手術等あり、巡回できないこともあります。  
 夜間はつきっきりではない為、発見・対応が早急ではございません。  
 体調・状態に応じて、獣医師の判断で病院に移動する場合があります。  
 その場合、入院費が発生します。

☆以下、健康診断時に担当獣医師と確認します☆

### ポディーチェック

☆必ず獣医師・ケアスタッフで行う。ipadで撮影する。  
イボ・脂肪腫など細かく確認。



- 目
- 口
- 耳
- 顔
- 胸回り
- お腹
- お尻
- 右前肢
- 右後肢
- 左前肢
- 左後肢
  
- 歩様

リハビリ 必要 ・ 不要  
リハビリ内容



### 治療方針 連絡

医療費上限額  
¥

担当獣医師の判断の  
治療・検査・処置等

連絡なしで担当獣医師に  
お任せで必要な治療・検査  
処置等行いたい  
\*早く治療・対応できます

連絡し許可を得た上で  
必要な治療・検査・処置等  
行いたい

\*但し連絡がつかない場合・緊急性  
がある場合は治療・検査します  
(治療後に報告)

内容・結果等、ご面会・お迎え時  
の事後報告でよい

なるべく早めに電話連絡欲しい  
(20時以降は病院スタッフより連絡)



### 毛刈り

皮膚の荒れ・ケガ等発生した場合、衛生面を保つ・管理の為、獣医師の判断で毛刈りします

### 入院

- 急変時や症状により獣医師の判断でペットケアから入院に切り替わる場合があります
- 別途、入院費が発生しご請求します。(ケア料金の返金はありません。)

