

年 月 日

ヒアリングシート



No. _____

🔪 飼い主さまについて

フリガナ	
お名前	
ご住所 〒	
ご連絡先	ご自宅 () - 携帯電話 () -
緊急ご連絡先	() - お名前
今までにペットを飼ったことはございますか？ <input type="checkbox"/> はい () <input type="checkbox"/> いいえ	
現在、他に一緒に住んでいるペットはいますか？ <input type="checkbox"/> はい () <input type="checkbox"/> いいえ	
当店で撮影したお写真をWEB,SNSに掲載してもよろしいですか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
当店を知ったきっかけを教えてください <input type="checkbox"/> 近くだから <input type="checkbox"/> 通りすがり	
<input type="checkbox"/> ホームページ	<input type="checkbox"/> SNS <input type="checkbox"/> インターネット検索 <input type="checkbox"/> 紹介 (紹介者名:)
<input type="checkbox"/> その他 ()	

🔪 ワンちゃんについて

フリガナ	
お名前	
愛称	
性別 ♂ ・ ♀	去勢 / 避妊手術 <input type="checkbox"/> 済み (年 月頃) <input type="checkbox"/> していない
生年月日 年 月 日 (現在 才 ヶ月)	
犬種	アレルギー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
かかりつけ動物病院	
どこから迎えましたか <input type="checkbox"/> ペットショップ <input type="checkbox"/> ブリーダー <input type="checkbox"/> その他 ()	
いつもいる場所 <input type="checkbox"/> 室内 <input type="checkbox"/> 室外	トイレの場所 <input type="checkbox"/> 室内 <input type="checkbox"/> 室外 <input type="checkbox"/> 両方
いつも食べているフード	
皮膚の状態 <input type="checkbox"/> 気になる (痒がる・赤い・ふけ・その他) <input type="checkbox"/> 気にならない	
嫌がること <input type="checkbox"/> ある (顔・耳・足・尾・その他) <input type="checkbox"/> 特にない	
前回のシャンプー、トリミング <input type="checkbox"/> 1ヶ月前 <input type="checkbox"/> 2ヶ月前 <input type="checkbox"/> 3ヶ月以上前	
気になることがあれば ご記入ください	

ご協力ありがとうございました