

カウンセリングアンケート

年 月 日

オーナー様の名前 _____

ワンちゃんの名前 _____ (愛称 _____) 犬種 _____

性別: ♂・♀・去・避 (オのとき) 生年月日: 年 月 日

家族構成(お子様がいる場合は年齢もご記入下さい) _____

生活の環境: 室内・ケージ・お庭・その他(_____)

寝場所: 室内・屋外 ⇒場所は 決まっている・決まっていない

トイレ: 室内・屋外 ⇒場所は 決まっている・決まっていない

散歩のコース: 決まっている・決まっていない 散歩の時間: _____ 分ぐらい

散歩につれて行く人: _____

散歩のときのワンちゃんの態度: 良い・普通・悪い(_____)

散歩後の様子: 疲れて寝ている・落ち着いている・元気いっぱい

食事を与える人: _____

食事にかかる時間: すぐに食べる・時間かけて食べる(_____ 時間くらい)・おやつがメイン

平均の留守番時間: _____ 時間

困っていること（悩みの順位でご記入下さい）

①

②

③

<困っていることの①について詳しくお聞かせ下さい>

いつから始まりましたか??

1日にどのくらいの頻度ですか??

これまでにどのような方法を試されましたか??

最終的なゴールイメージ（どんなご愛犬の状況を望みますか）