

みさわおもちゃ病院

申込者記入欄 ※太線内についてご記入ください。

令和 年 月 日

氏名		電話	
住所			
知るきっかけ	<input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> チラシ <input type="checkbox"/> 新聞 <input type="checkbox"/> 友人・知人 <input type="checkbox"/> その他 ()		
購入年月日	年 月 頃 (※保証期間の確認のため)		
患者名 (おもちゃ名)		症状	

※個人情報、おもちゃ病院にて厳重に管理し、診察以外の目的で使用することはありません。

カルテ

受付番号		診療科目	内科	外科	整形外科
病名		当日担当医名			
診療記録		治療			
		1 即日治療			
		2 入院			
		A 部品がない			
		B 長時間を要す			
		C 原因不明			
		D その他			
		3 治療不能			
		4 メーカー送り			
		付属品 (預かり)			
		<input type="checkbox"/> 取説、外箱			
		<input type="checkbox"/> バッテリー			
		<input type="checkbox"/> リモコン			
		<input type="checkbox"/> その他			

乾電池 単					
部品代 ¥	_____				
入院費 ¥	合計 ¥	お客様 受け取りサイン			
入院日	令和 年 月 日	退院日	令和 年 月 日		
担当医名					