

お名前	_____ / 件	受付日	年 月 日
ご住所	_____	開院場所	<input type="checkbox"/> 福祉 <input type="checkbox"/> アミュー <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 出張(_____)
連絡可能な電話番号	_____	受付者	_____
おもちゃの名前・特徴	_____	修理担当Dr	_____
		修理完了	年 月 日
<問診> おもちゃの壊れた症状など	_____	返却連絡日	年 月 日
		<受取>お客様受領時記載	
		受取日	年 月 日
		受取サイン	_____
付属品等	<input type="checkbox"/> 電池(_____) <input type="checkbox"/> リモコン <input type="checkbox"/> その他	↑受領後は記録係へ	

受付 Dr. : カルテ記載内容確認 → 紙台帳記録係確認

担当Drの修理記録

診断・診察結果	処置	結果
<input type="checkbox"/> 受入診断(問診内容確認✓)		<input type="checkbox"/> 完治 <input type="checkbox"/> 一部 <input type="checkbox"/> 治らず
交換部品 _____ 部品交換費用 _____円	(担当Drコメント)	

☑ご返却の際は必ず「受取サイン」をもらってください☑(受領後は記録係へ)

キリトリ

厚木おもちゃ病院 修理おもちゃ引換券

(受付 Dr は受付日・受付番号・預かりサイン、おもちゃの名前を記載し、切り離して患者様へお渡しください)

受付日	年 月 日	受付番号:	お預かりサイン	Dr.
おもちゃ名	_____			
お預かりしたおもちゃの入院から退院まで。	<ul style="list-style-type: none"> ● 修理担当ドクターから修理完了の連絡を致します。 ● ご返却は開院時・開院場所で引き渡し(ご返却)となります。 ● 修理期間の目安は2ヶ月です。(修理が出来ない場合もあります) ● ご連絡後3ヶ月を経過しても引き取りがない場合は処分させていただきます。 ● 受取サインを戴いた後の引換券は無効になります。 			