



受付日	年 月 日	受付番号	
-----	-------	------	--

おもちゃ病院佐久 野沢診療所 診察申込書

* 太枠内をご記入ください。

ふりがな 氏名		住所 (番地不要)	
おもちゃ の名前		連絡先 (どちらかで可*)	メール : 電話 :
症状	(どんな時、どの場所が、どのようにおかしくなった、正しい動きは、などわかる範囲で)		
付属品	(もしあれば) ☐ ACアダプタ ☐ 電池 ☐ コントローラ ☐ 取説 ☐ その他 ()		
補足 事項	(その他、ドクターに伝えておきたいことがあれば)		

*連絡先に、故障状況の確認や返却日追加設定連絡などのため、後日担当ドクターより連絡する場合があります。つながりやすい方をご記入ください。

診察記録

診断 (原因、 所見等)					☐ 即日治療 ☐ 入院治療 ☐ 治療不能
処置					
結果	☐ 完治	治療時間 :	時間 分	完了日	月 日
	☐ 後遺症 ☐ 治療断念	※カテゴリと治療分類は裏面をチェック		引渡日	月 日
治療代	☐ 無料	☐ 部品代実費	円 (内訳)		
担当 ドクター		備考 :			

お渡し票		治療完了日	月 日	治療代	円
受付番号		おもちゃ名		所有者名	様
コメント	担当 Dr :				