

# 医 療 券 申 請 調 書

保護者が記入してください

被 患 者	学校名	摂津市立第三中学校			
	学年・組	年	組	生年月日	平成 年 月 日
	氏名			性別	男 ・ 女
	保護者名			続柄	
	住所	摂津市 丁目 番 号			
	電話番号	(                    )		呼出(                    )方	
被 患 状 況	病名を○でかこんでください。 学校保健安全法施行令第8条による疾病(学校病)				
	<b>トラコーマ      結膜炎      白せん      疥せん      膿か疹</b>				
	<b>中耳炎              慢性副鼻腔炎(蓄のう症)              アデノイド</b>				
	<b>寄生虫病              むし歯</b>				
必 要 月 数	必要な月を記入してください				
	(                    )月分～(                    )月分				
薬 局 分	どちらかに○してください				
	<span style="font-size: 1.5em;">必      要      ・      不      必      要</span>				

