

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 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	<p>病名を でかこんでください。 学校保健法施行令第7条による疾病(学校病)</p> <p>トラコーマ 結膜炎 白せん 疥せん 膿か疹</p> <p>中耳炎 慢性副鼻腔炎(蓄のう症) アデノイド</p> <p>寄生虫病 むし歯</p>			
必要月数	<p>必要な月を記入してください</p> <p>()月分 ~ ()月分</p>			
薬局分	<p>どちらかに してください</p> <p>必 要 ・ 不 必 要</p>			