

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	摂津市立千里丘小学校		
	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	番号又は病名を○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) 1、トラコーマ 2、結膜炎 ※アレルギー性結膜炎は対象外 3、白せん 4、疥せん 5、膿か疹 6、中耳炎 7、慢性副鼻腔炎(蓄のう症) ※急性副鼻腔炎、アレルギー性副鼻腔炎は対象外 8、アデノイド 9、寄生虫病 10、むし歯			
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 必 要 ・ 不 必 要			