

# 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	摂津市立第五中学校		
	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	<p>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)</p> <p>1、トラコーマ      2、結膜炎 ※アレルギー性結膜炎は対象外</p> <p>3、白せん      4、疥せん      5、膿か疹      6、中耳炎</p> <p>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</p> <p>8、アデノイド      9、寄生虫病      10、むし歯</p>			
必 要 月 数	<p>必要な月を記入してください</p> <p style="text-align: center;">(                    )月分～(                    )月分</p>			
薬 局 分	<p>どちらかに○してください</p> <p style="text-align: center;">必      要      ・      不      必      要</p>			