

治癒証明書

氏名 _____	男	女					
生年月日	令和	年	月	日生	年齢	歳	ヶ月
所属	園			組			
(太枠内の内容を事前に記入してから医療機関へ持参してください)							

下記の疾患に

令和 年 月 日より罹患しましたが
 令和 年 月 日より登園して差し支えないことを証明します。

※下記の疾患は治癒証明書が必要です。該当するものにチェックを入れてください。

<input type="checkbox"/>	百日咳	(特有な咳が消失するまで又は5日間の適正な抗菌性物質製剤による治療が終了するまで)
<input type="checkbox"/>	麻疹(はしか)	(解熱した後3日を経過するまで)
<input type="checkbox"/>	流行性耳下腺炎	(耳下腺、顎下腺又は、舌下腺の腫脹が発現した後5日を経過し、かつ、全身状態が良好になるまで)
<input type="checkbox"/>	風疹	(発疹が消失するまで)
<input type="checkbox"/>	水痘	(すべての発疹がかさぶたになるまで)
<input type="checkbox"/>	咽頭結膜熱	(主要症状が消退した後2日を経過するまで)
<input type="checkbox"/>	結核	(園医・診断医が感染の恐れが無いと認めるまで)
<input type="checkbox"/>	髄膜炎菌性髄膜炎	(園医・診断医が感染の恐れが無いと認めるまで)
<input type="checkbox"/>	流行性角結膜炎	(園医・診断医が登園しても差し支えないと認めるまで)
<input type="checkbox"/>	その他の感染症	(園医・診断医が登園しても差し支えないと認めるまで) (診断名: _____)

令和 年 月 日

医療機関名

医師名

印

園長	主任	看護師	担任

