

治癒証明書

氏名	_____	男	女
生年月日	_____年 月 日	年齢	_____歳 月
所属	小百合保育園 _____組	(この枠内は保護者が記入してください)	

下記の疾患に

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

疾患名(該当するものを丸で囲んでください。)

第二種の伝染病(厚生労働省の保育園ガイドラインにより証明書が必要です。)

- インフルエンザ (発症した後5日を経過し、かつ、解熱した後3日を経過するまで)
- 百日咳 (特有な咳が消失するまで、または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)
- 麻疹 (解熱した後3日を経過するまで)
- 流行性耳下腺炎 (耳下腺、顎下腺または、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)
- 風疹 (発疹が消失するまで)
- 水痘 (すべての発疹がかさぶたになるまで)
- 咽頭結膜熱 (主要症状が消退した後2日を経過するまで)
- 流行性角結膜炎 (結膜炎の症状が消失するまで)
- 急性出血性結膜炎 (学校医その他の医師において感染の恐れが無いと認めるまで)
- 結核 (学校医その他の医師において感染の恐れが無いと認めるまで)
- 髄膜炎菌性髄膜炎 (学校医その他の医師において感染の恐れが無いと認めるまで)
- 腸管出血性大腸菌感染症 (学校医その他の医師において感染の恐れが無いと認めるまで)

その他の感染症(学校、園、主治医にて登園しても差し支えないと認めるまで)

その他 ()

_____年 月 日

医療機関名

医師名

印