

治癒証明書

まなべ幼稚園 園長 殿

_____ 組	氏名 _____	男 ・ 女
生年月日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日生		

(この枠内は保護者が記入してください。)

下記の疾患に

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 より罹患しましたが

平成 _____ 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○で囲んで下さい。)

- ・ インフルエンザ 発症した後5日間を経過し、かつ、解熱した後3日を経過するまで
- ・ 百日咳 特有の咳がなくなるまで
- ・ 麻疹 (はしか) 特有の咳がなくなるまで
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
- ・ 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) 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
- ・ 風疹 (三日ばしか) 発疹が消えるまで
- ・ 水痘 (水ぼうそう) すべての発疹がかさぶたになるまで
- ・ 咽頭結膜熱 (プール熱) おもな症状がなくなった後2日を過ぎるまで
- ・ 結核 伝染のおそれが無いと認められるまで
- ・ 腸管出血性大腸菌感染症 伝染のおそれが無いと認められるまで
- ・ 流行性角結膜炎 医師の診断により伝染のおそれが無いと認められるまで
- ・ 急性出血性結膜炎 医師の診断により伝染のおそれが無いと認められるまで
- ・ 溶連菌感染症 治療開始1日をすぎ全身状態がよくなるまで
- ・ 伝染性紅班 (りんご病) 発疹以外の症状がなくなるまで
- ・ その他の伝染病 園・主治医にて登園しても差し支えないと認めるまで
※手足口病、ヘルパンギーナ等

登園停止の期間については、症状により医師に伝染の恐れがないと認められたときは、この限りではありません。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名

医師名

印