

治癒証明書

氏名	_____	男	女				
生年月日	平成	年	月	日生	年齢	歳	ヶ月
所属	_____	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

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（該当するものを丸で囲んでください。）

第二種伝染病（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）
 - 麻疹（はしか）（解熱した後3日を経過するまで）
 - 流行性耳下腺炎（おたふく）（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（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（プール熱）（主要症状が消退した後2日を経過するまで）
 - 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）
 - 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）
- 〔 腸管出血性大腸菌感染症 (O-157) ・ 流行性角結膜炎 (はやり目) ・ 急性出血性結膜炎 ・ 他 〕

平成 年 月 日

医療機関名

医師名

印