

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	成育しせい保育園			組			
(この枠内は保護者が記入して下さい)							

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 （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 （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）

その他（ ）

平成 年 月 日

医療機関名

医師名

印