

# 治癒証明書 (医師記入)

成育しせい保育園

(この枠内は保護者が記入してください)

園児氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ ヶ月 \_\_\_\_\_

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。

該当疾患に○印をお願いします

○印	疾患名	登園のめやす
	麻疹 (はしか)	解熱した後3日を経過していること
	インフルエンザ _____ 型	発症した後5日を経過し、かつ解熱した後3日を経過していること
	新型コロナウイルス感染症	発症した後5日を経過し、かつ症状が軽快した後1日を経過していること ※無症状の感染者の場合は、検体採取日を0日目として、5日を経過していること
	風疹	発疹が消失していること
	水痘 (水ぼうそう)	すべての発疹が痂皮 (かさぶた) 化していること
	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てから5日経過し、かつ全身状態が良好になっていること
	結核	医師により感染の恐れがないと認められていること
	咽頭結膜熱 (プール熱)	発熱、充血等の主な症状が消退した後2日経過していること
	流行性角結膜炎 (はやり目)	結膜炎の症状が消失していること
	百日咳	特有な咳が消失していること、又は適正な抗菌性物質製剤による5日間の治療が終了していること
	腸管出血性大腸菌感染症 (O157、O26、O111等)	医師により感染の恐れがないと認められていること
	侵襲性髄膜炎菌感染症 (髄膜炎菌性髄膜炎)	医師により感染の恐れがないと認められていること
	その他の感染症 ( )	医師により登園しても差し支えないと認められていること

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

医療機関名

医師名

●かかりつけ医の皆さまへ  
 保育所は乳幼児が集団で長時間生活を共にする場です。感染症の集団発症や流行をできるだけ防ぐことで、一人ひとりの子どもが一日快適に生活できるよう、上記の感染症についてご記入をお願いします。

●保護者の皆さまへ  
 上記の感染症について、子どもの病状が回復し、かかりつけ医により集団生活に支障がないと判断され、登園を再開するには、この【治癒証明書】を保育所に提出してください。