

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。)

第二種の伝染病(学校保健法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