

治癒証明書

氏名				男	女		
生年月日	令和	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

令和 年 月 日より罹患しましたが
令和 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()

令和 年 月 日

医療機関名

医師名

印