

# 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下さい。)

第二種伝染病 (学校保健法により証明が必要です。)

- ・インフルエンザ (解熱後2日を経過するまで)
- ・百日咳 (特有な咳がとれるまで)
- ・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 (耳下腺の腫れが消失するまで)
- ・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伝染の恐れが無いと認めるまで)

その他の伝染病 (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