

# 治癒証明書

氏名						(	男	・	女	)
生年月日	年	月	日	生	歳	か	月			
所属	保育園			クラス		組				
( この枠内は保護者が記入してください )										

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。

疾患名(該当するものを丸で囲んでください。)

第二種伝染病(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 (発症後5日を経過し、かつ、解熱後3日を経過するまで)
- ・百日咳 (特有の咳が取れるまで又は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あと、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ないと認められるまで)
- ・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ないと認められるまで)
- ・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までられるまで)

年 月 日

医療機関名

医師名

印

H31年1月改定