

治 癒 証 明 書

中原幼稚園

園児氏名 _____ 生年月日 _____ 年 月 日 _____

	疾 病 名	治癒の目安(保護者用)
治 癒 証 明 書 を 要 す る 疾 病	<input type="checkbox"/> インフルエンザ	発症の翌日より5日目以降の登園
	<input type="checkbox"/> 百日咳	特有の咳が消失するまで
	<input type="checkbox"/> はしか(麻疹)	解熱後3日を経過するまで
	<input type="checkbox"/> ウイルス性肝炎	主要症状が消退し、肝機能が正常化した時
	<input type="checkbox"/> おたふく風邪(流行性耳下腺炎)	耳下腺の腫れが消失するまで
	<input type="checkbox"/> 三日はしか(風疹)	発疹が消失するまで
	<input type="checkbox"/> 水ぼうそう	すべての発疹がかさぶたになるまで
	<input type="checkbox"/> 流行性角結膜炎	治癒するまで
	<input type="checkbox"/> 急性出血性結膜炎	
	<input type="checkbox"/> プール熱(咽頭結膜熱)	主要症状が消退後2日を経過するまで
	<input type="checkbox"/> アデノウイルスによる疾病	主要症状が殆ど消失し、医師が登園しても差し支えないと認めるとき
	<input type="checkbox"/> 溶連菌感染症	
	<input type="checkbox"/> 流行性嘔吐下痢症	
	<input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎	
<input type="checkbox"/> マイコプラズマ肺炎		
<input type="checkbox"/> ヘルペス性歯肉口内炎(単純ヘルペス感染症)		

治 癒 証 明 書 不 要 の 疾 病	手足口病	主症状が殆ど消失し、医師が登園しても差し支えないと認めるとき
	ヘルパンギーナ	
	りんご病(伝染性紅斑)	
	突発性発疹	
	とびひ(伝染膿痂疹、皮膚化膿症)	他人への感染の恐れがないと医師が認めた時
	水いぼ(伝染性軟属腫)	

上記治癒証明を要する疾病について、治癒したことを証明します。
(疾病名に☑を付けてください。)

加療期間： 令和 年 月 日 ~ 年 月 日

治癒月日： 令和 年 月 日

令和 年 月 日

病院名 _____

医師名 _____ (印)