

## 治癒証明書

氏名	_____	男	女
生年月日	年 月 日生	年齢	歳 ヶ月
所属	園	組	
* 太枠内の内容を事前に記入してから医療機関へ持参して下さい。			

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。

※下記の疾患は治癒証明が必要です。該当するものにチェックを入れてください。

- 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 (園医・診断医が感染の恐れが無いと認めるまで)
- 髄膜炎菌性髄膜炎 (園医・診断医が感染の恐れが無いと認めるまで)
- 流行性角結膜炎 (園医・診断医が感染のおそれがないと認めるまで)
- その他の感染症 (園医・診断医が登園しても差し支えないと認めるまで)

(診断名: \_\_\_\_\_ )

令和 年 月 日

医療機関名  
医師名

印

(令和 6 年 4 月改定)