

治癒証明書

病名	登園停止期間
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	特有の咳が消失するまで
流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)	耳下腺の腫脹が消失するまで
麻疹	解熱した後3日を経過するまで
風疹	発疹が消失するまで
水痘	すべての発疹が痂皮化するまで
咽頭結膜熱(プール熱)	主要症状が消退した後2日を経過するまで
手足口病	
ヘルパンギーナ	
ヘルペス	
マイコプラズマ感染症	
流行性嘔吐下痢症	
腸管出血性大腸菌感染症	医師の診断による
流行性角結膜炎	(症状が激しい時や医師から診断が
急性出血性結膜炎	出た時は出席停止とする)
結核	
伝染性紅斑(りんご病)	
ウイルス性肝炎	
帯状疱疹	
突発性発疹	
溶連菌感染症	
伝染性濃痂疹(とびひ)	
その他 ()	

※ かかった病気の病名の前の空欄に○を記入して下さい。
この表に病名のない場合はその他の欄に記入して下さい。

園児名 _____

治癒期間 _____年____月____日 から _____年____月____日 まで

上者は完治し、集団生活において感染の心配がなくなりました。
したがって「集団生活が可能であること」を証明いたします。

年 月 日

医療機関
及び 印
医 師 名 _____