

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				

※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 日より登園しても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（学校保健法により証明書が必要です。）

- インフルエンザ（解熱後3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（ ）

年 月 日

医療機関名

医師名