

## 治癒証明（登園許可）書

氏名	_____	男	女				
生年月日	平成	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

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。

疾患名（該当するものを丸で囲んで下さい。）

第二種伝染病（学校保健法により証明が必要です。）

- インフルエンザ（解熱後2日を経過するまで）
- 溶連菌（全治するまで）
- 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（ \_\_\_\_\_ ）

令和 年 月 日

医療機関名

医師名

印