

治癒証明書

萌美チェリッシュこども園

組	園児氏名	男・女
生年月日	西暦	年 月 日生 (年齢 歳 ヶ月)
※この枠内は保護者が記入して下さい。		

第二種伝染病

※疾患名(該当するものに✓して下さい)

- 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日経過するまで〉
- 百日咳 〈特有な咳が取れるまでまたは、5日間の適切な抗菌剤による治療が終了するまで〉
- 麻疹(はしか) 〈解熱したあと3日を経過するまで〉
- 流行性耳下腺炎 〈耳下腺、顎下腺、舌下腺の腫脹が発現したあと5日経過し、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(水ぼうそう) 〈すべての発疹が痂皮化(かさぶた)になるまで〉
- 咽頭結膜炎(プール熱) 〈主要症状が消退したあと2日を経過するまで〉
- 結核 〈伝染の恐れがないと認めるまで〉
- 髄膜炎菌性髄膜炎 〈伝染の恐れがないと認めるまで〉
- その他の伝染病 〈伝染の恐れがないと認めるまで〉
- その他()

下記の疾患に

西暦 年 月 日より罹患しましたが
西暦 年 月 日より登園して差しさえないことを証明します。

西暦 年 月 日

医療機関名 _____

園長	担任	看護師

