

治癒証明書 医師記入

氏名 _____	男 女
生年月日 年 月 日 生	年齢 歳 ヶ月
梅丘至誠保育園 ・ 梅丘至誠パーチェ お部屋名	
(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 日より登園して差し支えないことを証明します。

【 疾患名 】(該当するものを○で囲んでください)

○印	疾患名	登園のめやす
	麻疹(はしか)	解熱した後3日を経過していること
	インフルエンザ(型)	発症した後5日を経過し、かつ解熱した後3日を経過していること
	新型コロナウイルス感染症	発症した後5日を経過し、かつ症状が軽快した後1日を経過している 無症状の場合は、検体採取日を0日目として5日を経過していること
	風疹	発疹が消失していること
	水痘(水ぼうそう)	すべての発疹が痂皮化(かさぶた)していること
	流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)	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、 かつ全身状況が良好になっていること
	結 核	医師により感染の恐れがないと認められていること
	咽頭結膜熱(プール熱)	発熱、目の充血等の主要症状が消失した後2日を経過していること
	流行性角結膜炎(流行り 目)	結膜炎の症状が消失していること
	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 よる治療が終了していること
	腸管出血性大腸菌感染症	医師により感染の恐れがないと認められていること
	急性出血性結膜炎	医師により感染の恐れがないと認められていること
	その他の伝染病 ()	主治医にて登園しても差し支えないと認められていること

年 月 日

医療機関名

医 師 名

印

*かかりつけ医の皆様へ
保育園は乳幼児が集団で長時間生活を共にする場です。感染症の集団発生や流行をできるだけ防ぐことで、一人一人の子どもが一日快適に生活できるよう、上記の感染症についてご記入をお願い致します。