

治 癒 証 明 書

(伝染病等による出席停止解除証明書)

クラス名 _____

園児名 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

<input type="checkbox"/> インフルエンザ	<input type="checkbox"/> 百日ぜき	<input type="checkbox"/> 麻疹 (はしか)
<input type="checkbox"/> おたふくかぜ	<input type="checkbox"/> 風疹 (三日ばしか)	<input type="checkbox"/> 水痘 (水ぼうそう)
<input type="checkbox"/> プール熱	<input type="checkbox"/> りんご病	<input type="checkbox"/> マイコプラズマ肺炎
<input type="checkbox"/> 手足口病	<input type="checkbox"/> 溶連菌感染症	<input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ
<input type="checkbox"/> はやり目	<input type="checkbox"/> 髄膜炎	<input type="checkbox"/> 急性脳脊髄炎
<input type="checkbox"/> とびひ	<input type="checkbox"/> ウイルス性胃腸炎	<input type="checkbox"/> RS ウィルス感染症
<input type="checkbox"/> その他の伝染病 (_____)		

上記疾患に関して、 _____ 月 _____ 日から当院に加療中のところ、
_____ 月 _____ 日をもって治癒し、因って登園を認めます。

_____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名 _____

医師 _____ 印

※保護者がこの用紙を持参しましたら、お手数ですが当てはまる病名にチェック又は記入の上、署名・捺印の上証明いただきますようお願い致します。