

治癒証明書

氏名 _____ 男 女

生年月日 平成 年 月 日生 年齢 歳 ヶ月

所属 立川かしの木幼稚園 組

(この枠内は保護者が記入してください)

下記の疾患に

平成 年 月 日より罹患しましたが
平成 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ください。)

第二種伝染病 (学校保険法により証明書が必要です。)

- インフルエンザ (発病後5日を経過し、かつ解熱後3日を経過するまで)
- 百日咳 (特有な咳がとれるまで、または適正な治療が終了するまで)
- 麻疹 (はしか) (解熱後3日を経過するまで)
- 流行性耳下腺炎 (耳下腺、顎下腺または舌下腺の腫脹が発現した後5日を経過し
かつ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 (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 ()

平成 年 月 日

医療機関名

医師名

印