

# 治癒証明書

|                     |       |      |       |    |    |   |    |
|---------------------|-------|------|-------|----|----|---|----|
| 氏名                  | _____ | 男    | 女     |    |    |   |    |
| 生年月日                | 平成・令和 | 年    | 月     | 日生 | 年齢 | 歳 | カ月 |
| 保育園名                | 至誠保育園 | 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

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ください）

第二種の伝染病（厚生労働省の保育園ガイドラインにより、証明書が必要です）

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日を経過するまで）

百日咳（特有な咳がとれるまで、又は  
5日間の適正な抗菌性物質製剤による治療が終了するまで）

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・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感染の恐れが無いと認めるまで）

髄膜炎菌性髄膜炎（学校医その他の医師において感染の恐れが無いと認めるまで）

その他の感染症（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