



# 治 癒 証 明 書

組

氏 名

上記の者 下記の疾患で、令和 年 月 日 より療養中のところ現在は軽快し他に感染のおそれもないと思われますので、令和 年 月 日 より登園してよいことを証明する。

## 記

### ■疾患名（疑いも含む）

- |                                   |                                  |                                 |
|-----------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> インフルエンザ  | <input type="checkbox"/> 伝染性膿痂疹  | <input type="checkbox"/> 麻疹     |
| <input type="checkbox"/> 流行性角結膜炎  | <input type="checkbox"/> 伝染性紅斑   | <input type="checkbox"/> 風疹     |
| <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎  | <input type="checkbox"/> ウイルス性肝炎 | <input type="checkbox"/> 水痘     |
| <input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱    | <input type="checkbox"/> マイコプラズマ | <input type="checkbox"/> 結核     |
| <input type="checkbox"/> 急性出血性結膜炎 | <input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ | <input type="checkbox"/> とびひ    |
| <input type="checkbox"/> 急性灰白髄炎   | <input type="checkbox"/> 手足口病    | <input type="checkbox"/> その他伝染病 |
| <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症   | <input type="checkbox"/> 百日咳     | <input type="checkbox"/>        |

### ■〈追記〉連絡事項

---

---

---

### ■医療機関証明

日 付 令和 年 月 日

医療機関名

住 所

医 師 名

印