

治癒証明書

氏名 _____ 男 ・ 女

生年月日 平成 年 月 日 年齢 歳 ヶ月

所属 愛光・愛光第五(サンクレール)・愛光あけぼの・愛光みどり 保育園 組
(園名を丸で囲んで下さい)

【この枠内は保護者が記入して下さい】

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

登園時、医師が記入した治癒証明書が必要な感染症（厚生労働省「保育所における感染症対策ガイドライン」より）
疾患名（該当するものを丸で囲んでください）

- インフルエンザ（発症した後5日を経過し、かつ解熱後3日を経過するまで）
- 百日咳（特有の咳が消失するまで
又は5日間の適正な抗菌性物質製剤による治療を終了するまで）
- 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、舌下腺の腫脹が発現してから5日を経過するまで、
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（主な症状が消えた後2日を経過するまで）
- 結核（医師により感染の恐れが無いと認めるまで）
- 流行性角結膜炎（結膜炎の症状が消失するまで）
- 腸管出血性大腸菌感染症（症状が治まり、かつ、抗菌薬による治療が終了し48時間をあけて連続2回の検便に
（O157・O26など） よって、いずれも菌陰性が確認されたもの）
- 急性出血性結膜炎（医師により感染の恐れが無いと認めるまで）
- 髄膜炎菌性髄膜炎（医師により感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