

治癒証明書

(伝染病による出席停止解除証明)

園長殿

学校法人 新金岡幼稚園

【保護者記入欄】

クラス名

園児名

生年月日 平成 年 月 日

学校伝染病名

<input type="checkbox"/> インフルエンザ	<input type="checkbox"/> 百日ぜき	<input type="checkbox"/> はしか(麻しん)
<input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)	<input type="checkbox"/> 風しん(三日ばしか)	<input type="checkbox"/> 水痘(水ぼうそう)
<input type="checkbox"/> プール熱(咽頭結膜熱)	<input type="checkbox"/> 結核	<input type="checkbox"/> 髄膜炎菌性膜炎
<input type="checkbox"/> コレラ	<input type="checkbox"/> 細菌性赤痢	<input type="checkbox"/> 腸管出血性大腸菌感染症
<input type="checkbox"/> 腸チフス	<input type="checkbox"/> パラチフス	<input type="checkbox"/> 流行性角結膜炎
<input type="checkbox"/> 急性出血性結膜炎	<input type="checkbox"/> 溶連菌感染症	<input type="checkbox"/> 手足口病
<input type="checkbox"/> 伝染性紅斑(りんご病)	<input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ	<input type="checkbox"/> マイコプラズマ肺炎
<input type="checkbox"/> 細菌性胃腸炎	<input type="checkbox"/> 嘔吐下痢症	<input type="checkbox"/> ノロウイルス
<input type="checkbox"/> RSウイルス	<input type="checkbox"/> その他の伝染病()	

上記の者は、平成 年 月 日以降は伝染のおそれがなく、登園してもさしつかえないと診断します。

平成 年 月 日

医療機関名

医師 氏名

印

【お願い】

- 保護者が持参しましたら、お手数ですが証明頂きますようお願い申し上げます。
- 当てはまる病名にチェック印をつけてください。