

# 治 療 証 明 書

三根みどり保育園

園 児 氏 名 \_\_\_\_\_

生 年 月 日 平成・令和 年 月 日 \_\_\_\_\_

	疾 病 名	治癒の目安(保護者用)
治 癒 証 明 書 を 要 す る 疾 病	<input type="checkbox"/> インフルエンザ	発症の翌日より5日目以降の登園
	<input type="checkbox"/> 百日咳	特有の咳が消失するまで
	<input type="checkbox"/> はしか(麻疹)	解熱後3日を経過するまで
	<input type="checkbox"/> ウイルス性肝炎	主要症状が消退し、肝機能が正常化した時
	<input type="checkbox"/> おたふく風邪(流行性耳下腺炎)	耳下腺、顎下腺又は舌下腺の腫脹が始まった後5日を経過し、かつ全身状態が良好となるまで
	<input type="checkbox"/> 三日はしか(風疹)	発疹が消失するまで
	<input type="checkbox"/> 水ぼうそう	すべての発疹がかさぶたになるまで
	<input type="checkbox"/> 流行性角結膜炎	治癒するまで
	<input type="checkbox"/> 急性出血性結膜炎	
	<input type="checkbox"/> プール熱(咽頭結膜熱)	主要症状が消退後2日を経過するまで
	<input type="checkbox"/> アデノウイルスによる疾病	主要症状が殆ど消失し、医師が登園しても差し支えないと認めたとき
	<input type="checkbox"/> 溶連菌感染症	
	<input type="checkbox"/> 流行性嘔吐下痢症	
	<input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎	
	<input type="checkbox"/> マイコプラズマ肺炎	
<input type="checkbox"/> ヘルペス性歯肉口内炎(単純ヘルペス感染症)		

治 癒 証 明 書 不 要 の 疾 病	手足口病	主症状が殆ど消失し、医師が登園しても差し支えないと認めた時
	ヘルパンギーナ	
	りんご病(伝染性紅斑)	
	突発性発疹	
	とびひ(伝染膿痂疹、皮膚化膿症)	他人への感染の恐れがないと医師が認めた時
	水いぼ(伝染性軟属腫)	

<input type="checkbox"/> その他( _____ )	主症状がほとんど消失し、医師が登園しても差し支えないと認めた時
---------------------------------------	---------------------------------

上記治癒証明を要する疾病について、治癒したことを証明します。

(疾病名に☑を付けてください。)

加 療 期 間 : 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

治 癒 月 日 : 月 日

令和 年 月 日

病院名・医師名