

治 癒 証 明 書

三根みどり保育園
小規模保育ゆめのみ

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るとき |
| | <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) | |
| <input type="checkbox"/> RSウイルス感染症 | | |

| | | |
|------------|------------------|---------------------------------|
| 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られた時 |
| | 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られた時 |
|---------------------------------------|-----------------------------------|

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