

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"/> 麻疹（はしか）	解熱後3日を経過していること
	<input type="checkbox"/> 風疹（三日はしか）	発疹が消失していること
	<input type="checkbox"/> 水痘（水ぼうそう）	すべての発疹が痂皮（かさぶた）化していること
	<input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎（おたふく風邪）	耳下腺、顎下腺、舌下腺の膨張が発現してから5日経過し、かつ全身状態が良好になっていること
	<input type="checkbox"/> 結核	医師により感染のおそれがないと認められていること
	<input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱（プール熱）	発熱、充血などの主な症状が消失した後2日を経過していること
	<input type="checkbox"/> 流行性角結膜炎	結膜炎の症状が消失していること
	<input type="checkbox"/> 百日咳	特有な咳が消失していること又は5日間の適正な抗菌薬による治療が終了していること
	<input type="checkbox"/> 腸管出血性大腸菌感染症 (O-157、O-26、O-111 など)	医師において感染のおそれがないと認められていること
	<input type="checkbox"/> 急性出血性結膜炎	
<input type="checkbox"/> 侵襲性髄膜炎菌感染症（髄膜炎菌性髄膜炎）		

治癒証明書不要の疾病	溶連菌感染症	マイコプラズマ肺炎	手足口病
	伝染性紅斑（りんご病）	ウイルス性腸炎（ノロ・ロタなど）	感染性腸炎（嘔吐下痢症など）
	ヘルパンギーナ	RSウイルス感染症	带状疱疹
	突発性発疹	アタマジラミ症	疥癬
	伝染性軟属腫（水いぼ）	伝染性膿痂疹（とびひ）	B型肝炎
	ヒトメタニューモウイルス感染症		

治癒証明書不要の疾病につきましては治癒証明書は不要ですが、登園届の提出をお願い致します。

<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
---------------------------------------	---------------------------------

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