

# 治癒証明書

(令和 年 月 日)

組

氏名

上記の者、下記の疾患は治癒し、他に感染の恐れはなく  
登園に差支えないものと認めます。

## 記

### ■疾患名

- |                                  |                                  |                                  |
|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> インフルエンザ | <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症  | <input type="checkbox"/> 麻疹      |
| <input type="checkbox"/> 手足口病    | <input type="checkbox"/> 流行性角結膜炎 | <input type="checkbox"/> 風疹      |
| <input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ | <input type="checkbox"/> 水痘      | <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 |
| <input type="checkbox"/> プール熱    | <input type="checkbox"/> 伝染性紅斑   | <input type="checkbox"/> とびひ     |
| <input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎  | <input type="checkbox"/> その他 ( ) |                                  |

### ■治療期間

年 月 日 ~ 年 月 日

医療機関名：