

治癒証明書

(平成 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：