

# 伝 染 性 疾 患 治 癒 証 明 書

園児氏名 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ 歳児)

該当に ↓○	病 名	休まなければならない期間
	麻疹 (はしか)	主な症状が消失してから、3日を経過するまで
	流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)	耳下腺、顎下腺、又は舌下腺の腫脹が発現後 5 日を経過し、かつ全身状態が良好となるまで
	水痘 (水疱瘡)	全ての発疹がかさぶたになるまで
	風疹 (ふうしん)	発疹が消失するまで
	百日咳	特有の咳が消えるまで、また 5 日間の適正な抗菌性物質製剤により治療が終了するまで
	インフルエンザ [ _____ 型]	発症後 5 日を経過しかつ解熱後 3 日を経過するまで
	咽頭結膜熱 (プール熱)	主要症状が消えてから、2日を経過するまで
	流行性角結膜炎・急性出血性結膜炎・結核・コレラ・腸チフス・パラチフス・細菌性赤痢・髄膜炎菌性髄膜炎・腸管出血性大腸菌感染症 (O157 他)	医師において感染のおそれがないと認めるまで
	その他の感染症 『病名 _____ 』	

※インフルエンザについては、当面の間は医師の指導の下、保護者の方が記入した療養報告書をご提出下さい。

上記の者、 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日より登園停止となっていましたが、他に伝染のおそれなくなりましたので、 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から登園してよいことを証明致します。

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

住 所  
医療機関  
医 師 名

(印)

社会福祉法人 友愛会  
ナースリープレスクール園長 宛