

# 治 癒 証 明 書

組 園児名

保護者名

印

上記の者、平成 年 月 日 下記のように診断したことを証明いたします。

- |                    |                 |
|--------------------|-----------------|
| 1. 溶連菌感染症          | 10. 伝染性紅斑（りんご病） |
| 2. 麻疹（はしか）         | 11. 伝染性膿痂疹（とびひ） |
| 3. 風疹              | 12. 急性灰白髄炎（ポリオ） |
| 4. 水痘（みずぼうそう）      | 13. ウィルス性肝炎     |
| 5. 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ） | 14. 流行性角結膜炎     |
| 6. インフルエンザ         | 15. マイコプラズマ肺炎   |
| 7. 百日咳             | 16. ヘルパンギーナ     |
| 8. 咽頭結膜熱（プール熱）     | 17. 流行性嘔吐下痢症    |
| 9. 手足口病            | 18. その他（ ）      |

- \* ○印はかかった病気です
- \* これらの病気は、医師が登園可能と証明するまで出席停止となります
- \* 連絡事項や注意事項がありましたら記入してください。

[ ]

上記の者、平成 年 月 日より登園して差し支えないことを証明いたします。

平成 年 月 日

主治医

印

なかもり学園 志木なかもり幼稚園 様