

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