

治 癒 証 明 書

(学校感染症による出席停止期間および出席停止解除証明)

園 長 殿

学校法人ひかり学園第一・第三ひかり幼稚園
ひかり保育園

【保護者記入欄】

クラス名 _____

園 児 名 _____

生年月日 平成 年 月 日

《学校感染症名》

〔 第 一 種 〕	〔 第 二 種 〕	〔 第 三 種 〕
<input type="checkbox"/> エボラ出血熱 <input type="checkbox"/> クリミア・コンゴ出血熱 <input type="checkbox"/> 痘そう <input type="checkbox"/> 南米出血熱 <input type="checkbox"/> マールブルグ病 <input type="checkbox"/> ペスト <input type="checkbox"/> ラッサ熱 <input type="checkbox"/> 急性灰白髄炎 <input type="checkbox"/> ジフテリア <input type="checkbox"/> 重症急性呼吸器症候群 (SARS コロナウイルスに限る) <input type="checkbox"/> 特定鳥インフルエンザ (H5N1, H7N9に限る) <input type="checkbox"/> 新型インフルエンザ <input type="checkbox"/> その他指定感染症及び新感染症 (病名: _____)	<input type="checkbox"/> インフルエンザ (特定鳥インフルエンザを除く) <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) <input type="checkbox"/> 麻疹 (はしか) <input type="checkbox"/> 水痘 (水ぼうそう) <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱 (プール熱) <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 髄膜炎菌性髄膜炎	<input type="checkbox"/> コレラ <input type="checkbox"/> 細菌性赤痢 <input type="checkbox"/> 腸管出血性大腸菌感染症 <input type="checkbox"/> 腸チフス <input type="checkbox"/> パラチフス <input type="checkbox"/> 流行性角結膜炎 <input type="checkbox"/> 急性出血性結膜炎 <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症 <input type="checkbox"/> ウイルス性肝炎 <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> 伝染性紅斑 (リンゴ病) <input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ <input type="checkbox"/> マイコプラズマ感染症 <input type="checkbox"/> 流行性嘔吐下痢症 <input type="checkbox"/> アタマジラミ <input type="checkbox"/> 水いぼ <input type="checkbox"/> 伝染性膿痂疹 (とびひ) <input type="checkbox"/> その他の伝染病 (病名: _____)

《出席停止期間》 平成 年 月 日～平成 年 月 日

上記の者は、平成 年 月 日以降は伝染のおそれがなく、登園してもさしつかえないと診断します。

平成 年 月 日

医療機関名

医師 氏名

㊞

【お願い】

- 保護者が持参しましたら、お手数ですが証明頂きますようお願い申し上げます。
- 当てはまる病名にチェック印をつけてください。