

治癒証明書

(伝染病による出席停止解除証明)

学校法人川島学園
あかいとり幼稚園園長殿

【保護者記入欄】

クラス名

園児氏名

生年月日 平成 年 月 日

学校伝染病 (※当てはまる病名に○をして下さい)

<input type="checkbox"/>	インフルエンザ	<input type="checkbox"/>	はしか (麻疹)	<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"/>	風疹 (三日ばしか)	<input type="checkbox"/>	水瘡 (みずぼうそう)
<input type="checkbox"/>	プール熱	<input type="checkbox"/>	伝染性紅斑 (りんご病)	<input type="checkbox"/>	結核
<input type="checkbox"/>	腸管出血性大腸菌 感染症	<input type="checkbox"/>	コレラ	<input type="checkbox"/>	流行性角結膜炎
<input type="checkbox"/>	急性出血性結膜炎	<input type="checkbox"/>	細菌性赤痢	<input type="checkbox"/>	手足口病
<input type="checkbox"/>	溶連菌感染症	<input type="checkbox"/>	ヘルパンギーナ	<input type="checkbox"/>	マイコプラズマ肺炎
<input type="checkbox"/>	細菌性胃腸炎	<input type="checkbox"/>	嘔吐下痢症	<input type="checkbox"/>	ノロウイルス
<input type="checkbox"/>	RS ウイルス	<input type="checkbox"/>	パラチフス	<input type="checkbox"/>	髄膜炎菌性腸炎
<input type="checkbox"/>	腸チフス	<input type="checkbox"/>	その他の伝染病 ()		

出席停止期間 平成 年 月 日～ 月 日

上記のものは、出席停止期間以降は伝染の恐れがなく、登園しても差し支えないと診断します。

平成 年 月 日

医療機関名

医師

印

【お願い】

保護者が持参しましたら、お手数ですが証明いただきますようお願いいたします。