

治 癒 証 明 書

組 園児の氏名
保護者氏名

上記の者、平成____年____月____日下記のとおり診断したことを証明します。

- | | |
|---------------|--------------------|
| 1 インフルエンザ | 9 流行性角結膜炎 |
| 2 百日咳 | 10 急性出血性結膜炎 |
| 3 麻疹(はしか) | 11 感染性胃腸炎(ノロウィルス他) |
| 4 流行性耳下腺炎 | 12 溶連菌感染症 |
| 5 風疹 | 13咽頭結膜熱(プール熱) |
| 6 水痘(水ぼうそう) | 14 マイコプラズマ肺炎 |
| 7 手足口病 | 15 腸管出血性大腸菌感染症 |
| 8 りんご病(伝染性紅斑) | 16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。

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します。

平 成 _____年____月 ____日

主治医_____ 印

※ 連絡事項や、注意事項がありましたら記入してください。

学校法人朝霞たちばな幼稚園 園長 宛