

治癒証明書

前沢幼稚園長殿

クラス名 _____

ふりがな

園児氏名 _____

上記の園児は、下記○印の学校感染症のため 平成 年 月 日から治療中でしたが、学校保健安全法施行規則第19条の基準により、感染のおそれがないと認めます。

平成 年 月 日

【病名】 該当する病名の数字を○で囲んでください。

- | | | |
|------------------------|---------------------|--------------------|
| 1. インフルエンザ
() 型) | 6. 水痘(みずぼうそう) | 11. 流行性角結膜炎 |
| 2. 百日咳 | 7. 咽頭結膜熱 | 12. 急性出血性結膜炎 |
| 3. 麻疹(はしか) | 8. 結核 | 13. その他の感染症
() |
| 4. 流行性耳下腺炎
(おたふくかぜ) | 9. 髄膜炎菌性髄膜炎 | |
| 5. 風疹 | 10. 腸管出血性大腸菌
感染症 | |

【登園許可年月日】 平成 年 月 日 より

【医療機関名】 _____

【医師名】 _____ (印)