

伝染性の病気により欠席された時は、治癒証明を提出してください。  
専門医により、集団生活の可否を判断していただくものです。

## 治癒証明書

下記疾病により欠席しましたが、通園を許可されましたので、お届けします。

### 保護者記入欄

一、欠席期間 平成\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日～\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

一、園児名 ( 組) \_\_\_\_\_

一、保護者名 \_\_\_\_\_ (印)

一、理由 治癒証明を要する疾病

インフルエンザ ・ 百日咳 ・ はしか(風疹) ・ ウイルス性肝炎  
おたふく風邪(流行性耳下腺炎) ・ 三日はしか(風疹) ・ 水疱瘡  
流行性角結膜炎 ・ 急性出血性結膜炎 ・ プール熱(咽頭結膜熱)  
溶連菌感染症 ・ 流行性嘔吐下痢性 ・ 感染性胃腸炎  
マイコプラズマ肺炎 ・ ヘルペス性歯肉口内炎(単純ヘルペス感染  
症)  
その他( )

(疾病名を○で囲んでください)

### 専門医記入欄

一、病名 \_\_\_\_\_

一、完治したと認める日 平成\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

一、通園して良い日 平成\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日から

平成\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

病院・医院名、及び専門医名

(専門医の方は恐れ入りますが、記名・押印をお願いします)

ひだまり保育園々長 殿