

## 治癒証明書（医師記入）

施設長殿

氏名

年 月 日生

（病名） （該当疾患に をお願いします）

	麻疹（はしか）
	インフルエンザ
	風しん
	水痘（水ぼうそう）
	流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）
	結核
	咽頭結膜熱（プール熱）
	流行性角結膜炎（はやり目）
	百日咳
	腸管出血性大腸菌感染症（O157、O26、O111 等）

	急性出血性結膜炎
	侵襲性髄膜炎菌感染症（髄膜炎菌性髄膜炎）

症状も回復し、集団生活に支障がない状態になりました。      年      月      日から  
登園可能と判断します。

\_\_\_\_\_年      月      日

医療機関名 \_\_\_\_\_

医師名 \_\_\_\_\_