

治癒（登園）証明書

ドリームキッズ東伏見保育園

氏名 _____

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> インフルエンザ | <input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ |
| <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ） | <input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱（プール熱） |
| <input type="checkbox"/> 水痘（みずぼうそう）帯状疱疹 | <input type="checkbox"/> 流行性角結膜炎 |
| <input type="checkbox"/> 流行性嘔吐下痢症・感染性胃腸炎 | <input type="checkbox"/> 急性出血性結膜症（アポロ病） |
| <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症 | <input type="checkbox"/> 病原性大腸菌感染症（腸管出血性大腸菌感染症） |
| <input type="checkbox"/> 麻疹（はしか） | <input type="checkbox"/> 百日咳 |
| <input type="checkbox"/> 風疹（3日はしか） | <input type="checkbox"/> ウイルス性肝炎 |
| <input type="checkbox"/> 手足口病 | <input type="checkbox"/> 伝染性膿痂疹（とびひ） |
| <input type="checkbox"/> 伝染性紅斑症（りんご病） | <input type="checkbox"/> 突発性発疹症 |
| <input type="checkbox"/> マイコプラズマ感染症 | <input type="checkbox"/> RSウイルス感染症 |
| <input type="checkbox"/> その他（ _____ ） | |

上記疾患は① _____ 月 _____ 日治癒し、感染のおそれはありません。
② _____ 月 _____ 日より登園可能です。
(発病日 _____ 年 _____ 月 _____ 日)

_____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名

医師名

印