

治癒証明書

氏名 _____	男	女	
生年月日 平成 年 月 日生	年齢	歳	ヶ月
所属	園	組	
(この枠内は保護者が記入してください)			

下記の疾患に

年 月 日より罹患しましたが
年 月 日より登園して差し支えないことを

証明します。

疾患名（該当するものを丸で囲んでください。）

第二種の伝染病（厚生労働省の保育園ガイドラインにより証明書が必要です。）

インフルエンザ（発症した後5日を経過し、かつ、解熱した後3日を経過するまで）

百日咳（特有な咳が消失するまで又は5日間の適正な抗菌性物質製剤による治療が終了するまで）

麻疹（はしか）（解熱した後3日を経過するまで）

流行性耳下腺炎（耳下腺、顎下腺又は、舌下腺の腫脹が発現した後5日を経過し、かつ、全身状態が良好になるまで）

風疹（発疹が消失するまで）

水痘（すべての発疹がかさぶたになるまで）

咽頭結膜炎（主要症状が消退した後2日を経過するまで）

結核（学校医その他の医師において感染の恐れが無いと認めるまで）

髄膜炎菌性髄膜炎（学校医その他の医師において感染の恐れが無いと認めるまで）

その他の感染症（学校、園、主治医にて登園しても差し支えないと認めるまで）

その他（ _____ ）

年 月 日

医療機関名

医師名

⑩

※PCR 検査・抗原検査・抗体検査(いずれか)を受けた場合の書類提出

対象者：園児

同居している家族

PCR 検査をしたことがわかる書類を提出してもらう

診断書 (コピー可)・検査結果 (コピー可) など

もし、その書類がない場合、保育園の『治癒証明書』に保護者が記入したもので可。

例)

治癒証明書

氏名	男	女	
生年月日	平成	年	月 日生 年齢 歳 ヶ月
所属	園	組	

(この枠内は保護者が記入してください)

~~下記の疾患に~~
~~年 月 日より罹患しましたが~~
~~年 月 日より登園して差し支えないことを~~
~~証明します。~~

疾患名 (該当するものを丸で囲んでください。)

第二種の伝染病 (厚生労働省の保育園ガイドラインにより証明書が必要です。)

インフルエンザ (発症した後5日を経過し、かつ、解熱した後3日を経過するまで)

百日咳 (特有な咳が消失するまで又は5日間の適正な抗菌性物質製剤による治療が終了するまで)

麻疹 (はしか) (解熱した後3日を経過するまで)

流行性耳下腺炎 (耳下腺、顎下腺又は、舌下腺の腫脹が発現した後5日を経過し、かつ、全身状態が良好になるまで)

風疹 (発疹が消失するまで)

水痘 (すべての発疹がかさぶたになるまで)

咽頭結膜炎 (主要症状が消退した後2日を経過するまで)

結核 (学校医その他の医師において感染の恐れが無いと認めるまで)

髄膜炎菌性髄膜炎 (学校医その他の医師において感染の恐れが無いと認めるまで)

その他の感染症 (学校、園、主治医にて登園しても差し支えないと認めるまで)

その他 (

年 月 日

医療機関名

~~医師名~~

書く
園児の情報

書かない

書く
園児以外の名前
(続柄)
受けた日付
内容
結果

書く
検査を受けた病院名

書く
この紙を提出した日

例) 10月1日、濃厚接触対象となり家族全員
PCR 検査を受ける
父：西砂 A 夫、母：西砂 B 美
兄：西砂 C 介、妹：西砂 D 子
祖母：立川 E 恵
結果は全員、陰性。