

罹患・治癒証明（登園許可）書

氏名	_____	男・女					
《生年月日》	平成・令和	年	月	日生	《年齢》	歳	ヶ月
《所属》		保育園		組			
※この枠内は保護者が記入してください							

下記疾患を

令和 年 月 日に発症しましたが
令和 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(該当する疾患名に を入れて下さい)

《感染症 第二種》 医師による記載が必要

インフルエンザ（発症後5日を経過し、かつ、解熱後2日を経過するまで）

*発症した日を「発症後第0日」、解熱した日を「解熱後第0日」とします。

①発症した日から数えると、少なくとも6日間の登校停止となります。

②解熱については、たとえば月曜日に解熱(解熱後第0日)→火曜日(解熱後第1日)→水曜日(解熱後第2日)→木曜日(解熱後第3日)この日から登校可能になります。

百日咳（特有の咳が取れるまで又は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（解熱後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）

咽頭結膜熱（主要症状が消退した後、2日を経過するまで）

流行性角結膜炎（結膜炎の症状が消失していること）

結核（学校医その他の医師において感染の恐れがないと認めるまで）

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ないと認めるまで）

《感染症 第三種 その他の感染症》 医師の診断を受け、保護者が記入

溶連菌感染症 RS ウイルス感染症 突発性発疹 伝染性紅斑(リンゴ病)

手足口病 ウイルス性胃腸炎(ノロウイルス、ロタウイルス、アデノウイルス等)

その他()

令和 年 月 日

医療機関名

医師名



※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	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 _____~~

- 16 -

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。

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

その他(COVID-19)

① いつ

② 誰が

③ 何の検査をしたのか
(PCR or 抗原)

④ 結果

⑤ 書類記載日

⑥ 検査・診療医療機関名