

罹患・治癒証明（登園許可）書

《 氏名 》 _____

《 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3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。

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 (園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 (園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 アデノウイルス感染症 突発性発疹

手足口病 伝染性膿痂疹(とびひ) 伝染性軟属腫(水いぼ) 伝染性紅斑(リンゴ病)

感染性胃腸炎(ノロウイルス・ロタウイルス・アデノウイルス等含む細菌性胃腸炎)

新型コロナウイルス感染症(PCR / 抗原)

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