

治癒証明書

医師殿

本園児 _____ ちゃんが、伝染病疾患に罹患し、治療いただいておりますが、保育園では集団生活をしております関係で、次の点をご証明下さいますようお願い申し上げます。

| 印 | 病名 | 出席停止期間の基準 |
|---|---------------------|---|
| | インフルエンザ | 熱が下がった後 3 日かつ発熱から 5 日間を経過するまで |
| | 新型コロナウイルス感染症 | 発症日の翌日から 5 日経過し、かつ解熱剤を使わず解熱しており、咳等の呼吸器症状が改善してから 24 時間経過するまで |
| | 百日咳 | 特有の咳が消失するまで又は 5 日間の適切な抗菌薬療法が終了するまで |
| | 麻疹 | 熱が下がった後 3 日を経過するまで |
| | 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) | 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 | すべての発疹が痂皮化するまで |
| | 咽頭結膜熱 (プール熱) | 主要症状が消退した後 2 日を経過するまで |
| | アデノウイルス感染症 | 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 | 主要症状が消退するまで |
| | その他 () | |

但し、出席停止期間は主治医の判断が優先します。

上記○印の疾患で令和 年 月 日まで療養中でありましたが、令和 年 月 日より通園可能と認めます。

令和 年 月 日

御住所

御医師名



東野田ちどりキッズ庁舎内

〒534-8501 大阪市都島区中野町 2 丁目 16 番 20 号都島区役所設備棟地上 1 階

TEL・FAX 06-6358-8008