

証 明 書

氏名 _____ 生年月日 _____ 年 月 日生()歳

下記の疾病で令和 年 月 日から療養中のところ現在軽快し、他児への感染の恐れはないと思われますので、令和 年 月 日から登園してよいことを証明します。

記

病名 (学校伝染病)

インフルエンザ	A 群溶連菌咽頭炎	腸管出血性大腸菌感染症
麻疹	手足口病	流行性角結膜炎
風疹	ヘルパンギーナ	急性出血性結膜炎
流行性耳下腺炎	流行性嘔吐下痢症	水痘
マイコプラズマ肺炎	咽頭結膜熱	伝染生紅斑
結核	ウイルス性肺炎	

(その他の感染症)

突発性発疹 とびひ 水いぼ その他
()

【登園後の注意事項】

令和 年 月 日 住 所

医療機関

医 師

印