

治癒証明書

西武立川きらり保育園園長 殿

| | | | |
|---------------------|--------|--------|---------|
| 氏名 | _____ | 男 | 女 |
| 生年月日(西暦) | _____年 | _____月 | _____日生 |
| | | | _____組 |
| (この枠内は保護者が記入してください) | | | |

疾患名 (該当するものに をお願いします)

| | |
|--------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 麻疹 (はしか) |
| <input type="checkbox"/> | 風疹 |
| <input type="checkbox"/> | 水痘 |
| <input type="checkbox"/> | 流行性耳下腺炎 |
| <input type="checkbox"/> | 結核 |
| <input type="checkbox"/> | 咽頭結膜熱(プール熱) * |
| <input type="checkbox"/> | 流行性角結膜炎 (はやり目) |
| <input type="checkbox"/> | 百日咳 |
| <input type="checkbox"/> | 腸管出血性大腸菌感染症 (O157、O26、O111等) |
| <input type="checkbox"/> | 急性出血性結膜炎 |
| <input type="checkbox"/> | 髄膜炎菌性髄膜炎 |

症状も回復し、集団生活に支障がない状態になりました。
年 月 日から登園可能と判断します。

令和 年 月 日

医療機関名

医師名

印