

治療証明書

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 6 日間を経過するまで
	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	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
	A 群溶連菌咽頭炎	熱が下がり、有効な抗生物質を 1～2 日内服するまで
	ヘルパンギーナ	熱が下がり、食事が出来て元気になるまで
	手足口病	発熱、食欲不振、頭痛、吐き気などがなくなるまで
	伝染性膿痂疹	発疹が乾燥し、ガーゼで覆えるようになるまで
	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○印の疾患で平成 年 月 日まで療養中でありましたが、平成 年 月 日より通園可能と認めます。

平成 年 月 日

御住所

御医師名



幼保連携型認定こども園 東野田ちどり保育園

〒534-0024 大阪市都島区東野田町 4 丁目 15 番 20 号

TEL 06-6358-1415 FAX 06-6358-1485