

証明書

年長・年中・年少 _____組 園児名 _____

保護者氏名 _____

上記の者 平成 _____年 _____月 _____日 下記の通り診断しましたことを証明いたします。

- | | |
|------------------|--------------------|
| 1. インフルエンザ | 11. ウイルス性肝炎 |
| 2. 百日咳 | 12. 手足口病 |
| 3. 麻疹（ハシカ） | 13. 伝染性紅斑（りんごほっぺ病） |
| 4. 風疹（三日バシカ） | 14. ヘルパンギーナ |
| 5. 水痘（水ぼうそう） | 15. マイコプラズマ肺炎 |
| 6. 結核 | 16. 流行性嘔吐・下痢症 |
| 7. 流行性耳下腺炎（おたふく） | 17. 流行性角結膜炎 |
| 8. 咽頭結膜熱（プール熱） | 18. 急性出血性結膜炎 |
| 9. 腸管出血性大腸菌感染症 | 19. その他（ _____ ） |
| 10. 溶連菌感染症 | |

※罹った病気に○印をつけてください。

※これらの病気は、医師が登園可能と証明するまで出席停止。

上記の者、平成 _____年 _____月 _____日より登園して差し支えないことを証明いたします。

<主治医>

印

おおのみち幼稚園 様

※アタマジラミ・水いぼ・伝染性膿痂疹（とびひ）も伝染性がありますので、症状によってご相談下さい。

_____ 連絡事項や注意事項がありましたらご記入ください。 _____

