

証明書（医師記入）

（施設名）興道南部保育園 _____ 園児名（ _____ ）

（病名） 該当疾患に☑をお願いします

<input checked="" type="checkbox"/>	疾患名
<input type="checkbox"/>	麻疹（はしか）
<input type="checkbox"/>	インフルエンザ
<input type="checkbox"/>	風しん
<input type="checkbox"/>	水痘（水ぼうそう）
<input type="checkbox"/>	流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）
<input type="checkbox"/>	結核
<input type="checkbox"/>	咽頭結膜熱（アデノウイルス感染症）
<input type="checkbox"/>	流行性角結膜炎
<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"/>	侵襲性髄膜炎菌感染症（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。 _____ 月 _____ 日から登園可能と判断します。

医療機関名（ _____ ）

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医師名（ _____ ）

証明書（医師記入）

（施設名）興道南部保育園 _____ 園児名（ _____ ）

（病名） 該当疾患に☑をお願いします

✓	疾患名
	麻しん（はしか）
	インフルエンザ
	風しん
	水痘（水ぼうそう）
	流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）
	結核
	咽頭結膜熱（アデノウイルス感染症）
	流行性角結膜炎
	百日咳
	腸管出血性大腸菌感染症 （O157、O26、O111 等）
	急性出血性結膜炎
	侵襲性髄膜炎菌感染症（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。 _____ 月 _____ 日から登園可能と判断します。

医療機関名（ _____ ）

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医師名（ _____ ）