

登園可能証明書

組 氏名

保護者氏名

上記の者、平成 年 月 日 下記の通り診断したことを証明いたします。

- | | |
|-----------------|--------------|
| 1 百日咳 | 8 急性出血性結膜炎 |
| 2 麻疹（はしか） | 9 ヘルパンギーナ |
| 3 流行性耳下腺炎（おたふく） | 10 手足口病 |
| 4 風疹 | 11 溶連菌感染症 |
| 5 水痘（水ぼうそう） | 12 マイコプラズマ肺炎 |
| 6 咽頭結膜炎（プール熱） | 13 その他 |
| 7 流行性角結膜炎 | () |

※ かかった病気に○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となります。

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。

平成 年 月 日

主治医

印

※ 連絡事項や、注意事項がありましたら記入してください。

