

証 明 書

組 園児名

保険者氏名

上記の者、 年 月 日下記のとおり診断致しましたことを証明
致します。

- | | |
|--------------|-----------------|
| 1. インフルエンザ | 9. 流行性結膜炎 |
| 2. 百日咳 | 10. 流行性出血性結膜炎 |
| 3. 麻疹（ハシカ） | 11. 溶連菌感染症 |
| 4. 風疹 | 12. 手足口病 |
| 5. 水痘（水ぼうそう） | 13. マイコプラズマ肺炎 |
| 6. 流行性耳下腺炎 | 14. 伝染性膿痂疹（とびひ） |
| 7. 急性灰白髄炎 | 15. 結核 |
| 8. 咽頭結膜熱 | 16. 髄膜炎菌性髄膜炎 |

*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、 年 月 日より登園して差支えないことを証明致し
ます。

医療機関名

主治医

印

みわ幼稚園様

*連絡事項や注意事項がありましたら記入してください。