

治癒報告書

保育園コスモ・アレー

組 氏名 _____

上記の者の下記疾患は治癒しており、他に感染のおそれがないことを報告します。

記


1、診断名(病名) _____

2、症状(嘔吐、下痢、発疹、咳など)が始まった日→令和 年 月 日
症状が治まった日→令和 年 月 日

3、熱は 出していない。(をしてください。)

出た。→令和 年 月 日 時 分測定(°C)

解熱日(平熱になった日)→令和 年 月 日 時 分測定(°C)

 解熱してから24時間たっている。

4、受診した医療機関名 _____ 電話 _____
医師名 _____

5、受診日 令和 年 月 日
令和 年 月 日
令和 年 月 日

6、令和 年 月 日 から登園してよいと医師から許可されました。
※インフルエンザの場合、下記の7、8も記入してください。

7、インフルエンザの出席停止期間の確認をしました。(をしてください。)
 発症日の翌日から5日経過している。
 解熱した日の翌日から3日経過している。

8、(インフルエンザの場合のみ) 実際の登園可能日 令和 年 月 日
※インフルエンザは解熱した日によって登園日が変わります。

令和 年 月 日

保護者氏名 _____