インフルエンザ治癒証明書

天理幼稚園
　園長　上田　恵美　様

天理幼稚園＿＿＿＿＿＿＿＿組

氏　名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

上記の幼児、インフルエンザに罹患しておりましたが、他児への感染のおそれはないと思われるため登園可能であることを証明します。

期　間　　（自）平成　　年　　月　　日

　　（至）平成　　年　　月　　日

平成　　年　　月　　日

医療機関名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

所　在　地　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医　師　名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印

保護者の方へ・・・健康観察をお願いします。体温と健康状態を○△×でご記入ください。

（　○・・・ある、△・・・少し、×・・・ない）

発症から登園可能まで ＼ 症状	体温℃			頭痛	のどの痛み	咳	鼻水	腹痛	おう吐	下痢
	朝	昼	夕							
月　日										
月　日										
月　日										
月　日										
月　日										
月　日										
月　日										
月　日										