

利 用 証 明 書

2025.10 改訂

ハーツきつず施設長

年 月 日

児童名

保護者名

(受診日) 年 月 日に(医療機関)

において、(病名) と診断されました。

病状が回復し、集団生活に支障がない状態と判断されましたので登所いたします。

もし、利用中症状が出た場合は、(保護者名) まで

連絡をお願いします。

【 病状について 】

下記の症状について当てはまるところにチェックして記入してください。

発症日： 月 日

<主な症状>

発熱 緩和した日： 月 日

下痢 緩和した日： 月 日

嘔吐 緩和した日： 月 日

発疹 緩和した日： 月 日

ひどい咳 緩和した日： 月 日

その他

過去 24 時間以内に、解熱剤を

使用している

使用していない

ご自宅で、便に影響のある薬（抗生物質）又は眠気の出る薬（抗アレルギー薬）等は

飲んでいる

飲んでいない