

身体に関する証明書

令和〇〇年〇〇月〇〇日

群馬県教育委員会あて

医療機関名 〇〇〇〇医院

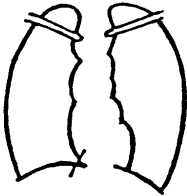
証明者

医師氏名 〇〇 〇〇 印 印

下記のとおり証明します。

記

受診日：令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日

本籍地	群馬県	現住所	群馬県前橋市大手町1-1-1
氏名	群馬 太郎	生年月日	昭和 62年 9月 10日
身長	cm	現症	
体重		総合評価（直接又は間接）	
視力	右 矯正 () 左 矯正 ()	 2 赤沈（X線写真有所見者のみ） 1時間 2時間 3 理学的所見 4 尿検査糖 () ・ たん白 () ・ 潜血 () 5 血圧 ~ 6 その他の疾患 ア 心臓疾患 イ じん臓疾患 ウ 精神疾患 エ 伝染性疾患 オ その他 () 7 総合評価 A 健康な状態である。 B 勤務に支障ない状態である。 C 精密検査が必要である。 D 早急に治療が必要である。	
眼疾	無 ・ 有		
聴力	右 正常・異常 () 左 正常・異常 ()		
言語			
ツベルクリン反応	既陽性 陽 転 歳ごろ		
BCG	未接種 接種 年 月		
既往症	ア 結核性疾患 イ その他の疾患		
備考			

注1 証明者、医療機関の医師であること。

注2 この証明書は、提出日を基準として1年前までに受診したものを有効とする。

身 体 に 関 す る 証 明 書

年 月 日

群馬県教育委員会あて

医療機関名

証明者

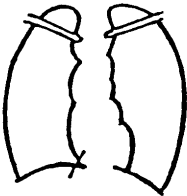
医師氏名

印

下記のとおり証明します。

記

受診日： 年 月 日

本籍地		現住所	
氏名		生年月日	年 月 日
身長	. cm	現 症 1 X線写真（直接又は間接） 所 見  2 赤 沈（X線写真有所見者のみ） 1 時間 2 時間 3 理学的所見 4 尿検査 （糖） ・ たん白 ・ 潜血 （ ） （ ） （ ） 5 血 圧 ～ 6 その他の疾患 ア 心臓疾患 イ じん臓疾患 ウ 精神疾患 エ 伝染性疾患 オ その他（ ） 7 総合評価 A 健康な状態である。 B 勤務に支障ない状態である。 C 精密検査が必要である。 D 早急に治療が必要である。	
体重	. kg		
視力	右 矯正（ ） 左 矯正（ ）		
眼疾	無 ・ 有		
聴力	右 正常・異常（ ） 左 正常・異常（ ）		
言語			
ツベルク リン反応	既陽性 陽 転 歳ごろ		
B C G	未接種 接 種 年 月		
既往症	ア 結核性疾患 イ その他の疾患		
備 考			

注 1 証明者、医療機関の医師であること。
 2 この証明書は、提出日を基準として1年前までに受診したものを有効とする。