

# 身体に関する証明書

平成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

下記のとおり証明します。

記

受診日：平成 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	1 X線写真（直接又は間接）  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 ( )		
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			

○ 医療機関で受診し、医師による証明を受ける。

【注意】  
必ず「総合評価」を記載

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。

# 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

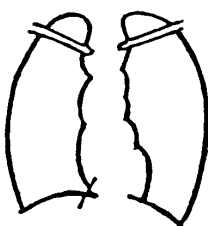
医師氏名

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  
体重	. kg		
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
眼疾	無 ・ 有		
聴力	右 正常・異常 ( ) 左 正常・異常 ( )	4 尿検査 糖 ・ たん白 ・ 潜血 ( ) ( ) ( )	5 血 圧 ~
言語			
ツベルク リン反応	既陽性 陽 転 歳ごろ	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。
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。  
 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。