別記様式第１１号（規格Ａ４）（第３条関係） 【記入例】

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 **○○○○医院**

　　　　　　　　　　　　　　　　　証明者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師氏名　**○○　○○　　　　印**

　　下記のとおり証明します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記

　 受診日：**令和**　**○○年　○○月　○○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 | ．　　　　㎝ | | 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  【注意】  **必ず「総合評価」を記載**  　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 | ．　　　　㎏  **○　医療機関で受診し、医師による証明を受ける。** | |
| 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 | | | | |

　　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。

別記様式第１１号（規格Ａ４）（第３条関係）

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  　　 年　 月　 日 |
| 身　　長 | ．　　　　㎝ | | 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 | ．　　　　㎏ | |
| 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 | | | | |

　　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。