

# 身体に関する証明書

平成 年 月 日

群馬県教育委員会あて

医療機関名

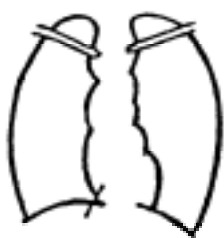
証明者

医師氏名

印

下記のとおり証明します。

## 記

本籍地		現住所	
氏名		性別	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 その他疾患 アイウエオ (心臓疾患、精神疾患、伝染性疾患、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		
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 証明者は、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

証明した日付を記入してください。平成 年 月 日

群馬県教育委員会あて

医療機関名

証明者 証明書は医療機関の医師です。

医師氏名 印

下記のとおり証明します。

現症1~7についてすべて診断を受けてください。記

本籍地	群馬県	現住所	前橋市大手町一丁目1番1号
氏名	群馬 ゆうま	性別	男 生年月日 昭和 63年 10月 28日
身長	155.5 cm	現症 1 X線写真(直接又は間接)  所見 異常を認めず 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 異常を認めず 4 尿検査 糖たん白潜血 ( ) ( ) ( ) 5 血圧 80~120 6 その他の疾患 心臓疾患 精神疾患 伝染性疾患 その他 ( ) アイウエオ 7 総合評価 <input checked="" type="radio"/> A 健康な状態である。 <input type="radio"/> B 勤務に支障ない状態である。 <input type="radio"/> C 精密検査が必要である。 <input type="radio"/> D 早急に治療が必要である。	
体重	51.0 kg		
視力	右 1.5 矯正 ( ) 左 1.5 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		
BCG	未接種 不明 年 月 接種		
既往症	ア 結核性疾患 なし イ その他の疾患 なし		
備考			

注 1 証明者は、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。