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。