

【共 通】

(様式 1 - 2)

医学適性検査診断書

氏 名				資格認定証 I D			
生年月日	年	月	日	年 齢	歳	性 別	男・女
所属会社				会社電話			
会社住所							
視 力	裸眼	左		右			
	矯正	左		右			
色 覚 ※	正常 ・ その他 ()						
聴 力	1,000 Hz	左		右	dB		
	4,000 Hz	左		右	dB		
そ の 他	上記検査に加え、視器（視野※、疾患）、神経及び精神疾患、運動・身体機能障害、中毒症状などに関する特記事項及び医師所見等						
<p>診断結果は記載のとおりであり、運転関係業務判定基準に適合して (いる ・ いない)。</p> <p>年 月 日</p> <p>(医療機関名)</p> <p>(住所・電話)</p> <p>(担当医師名) (印)</p>							

【参考】運転関係業務判定基準

視 力	各眼が裸眼で 0.7 以上又は 1 眼 1.0 以上他眼 0.5 以上のもの、若しくは各眼が矯正眼鏡により 0.7 以上に矯正できるもの
色 覚	正常なもの
聴 力	両耳とも、1,000Hz 又は低音域平均聴力レベルが 40dB 以内、4,000Hz 又は高音域平均聴力レベルが 65dB 以内のもの
その他	正常なもの (所見のないもの)

色覚検査は色覚検査表等、視野は対座法等の簡易検査で行う。