

医学適性検査診断書

会社(所属)名					
氏名(フリガナ)		性別	生年月日(西暦)		
住 所		電話番号			
検査項目		検査結果			判定
視 器	視力	(左)	(裸眼) 検査数値		適・不適
			(矯正) 検査数値		
		(右)	(裸眼) 検査数値		
			(矯正) 検査数値		
	※裸眼の場合の基準値は各眼0.7以上、または一眼1.0以上で他眼0.5以上 また、矯正の場合の基準値は各眼0.7以上				
	色神	(色覚)	異常の有無		
視器疾患 (視器精査)		視器所見 (視器細密の有無を含む)			
		色弱 (赤・青・黄の色識別可)			
		色弱 (赤・青・黄の色識別不可)			
聴 器	聴力	(左)	1000Hz又は低音域平均聴力レベル (dB)		適・不適
			4000Hz又は高音域平均聴力レベル (dB)		
		(右)	1000Hz又は低音域平均聴力レベル (dB)		
			4000Hz又は高音域平均聴力レベル (dB)		
	※1000Hz又は低音域平均聴力レベルの場合の基準値は両耳とも40dB以下 また、4000Hz又は高音域平均聴力レベルの場合の基準値は両耳とも65dB以下				
聴器疾患		聴器所見			
循 環 器			臨床所見		適・不適
そ の 他	四肢状態	異常の有無			適・不適
		異常ありの場合 (四肢欠損) (運動障害)			
	その他	(精神神経) (中毒)			
総合評価					適・不適
【特記事項】					

上記のとおり証明する。

年 月 日

【医療機関名】

【住 所】

【電話番号】

【氏 名】



※本診断書の有効期間は発行日より12ヶ月以内とする。