

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。