

申込担当記入欄 (記入後、控えを取り原本を提出ください)

原本を提出する受講講習会名 ※在・幹、継・新の別も記載	
原本を提出する講習会初日	西暦 年 月 日

医学適性検査診断書

2026.3.16改訂

フリガナ		生 年 月 日	(年 齢)
氏 名		西暦 年 月 日 (歳)	

視 力	裸眼視力	左 眼	右 眼	【判定基準1】 次の①～④のうちいずれかを満たすこと ①裸眼で各眼が0.7以上であること ②裸眼で片眼で1.0以上で、かつ他眼が0.5以上であること ③眼鏡矯正視力で各眼が0.7以上であること ④コンタクトレンズ矯正視力で各眼が0.7以上であること ⑤片眼がコンタクトの場合、未測定欄は/線で仕切って下さい
	矯正視力 (通常使用の眼鏡等)			
色 覚	①	正常 ・ その他 ()		【判定基準2】 次の①、②すべてを満たすこと ①色覚は赤色、青色及び黄色の識別ができることを正常とする ②視野等は医師による問診等により、視野が正常であること、機能障害を伴う眼疾患がないこと及びその他特に異常のないことが確認されたものを正常とする
視野等	②	正常 ・ その他 ()		
聴 覚	【判定基準3】 1,000Hz	(各耳それぞれ40dB以内)		
		左	右	
	【判定基準4】 4,000Hz	(各耳それぞれ65dB以内)		
		左	右	
その他	【判定基準5】 ※軽度色弱の場合は、その他欄に医師の追記(赤、青、黄色の3色が識別できること)と、追記横に医師押印があれば正常とします。 ※色覚矯正眼鏡や補聴器の使用は認めません。 ※機能障害を伴う眼疾患、重篤な耳疾患等があれば記入してください。			

診断結果は記載のとおりである。

西暦 年 月 日
(医療機関名)
(住所・電話)
(担当医師名)

※1 提出にあたり担当者は、検査結果が判定基準を満たしていること及び記載内容、記載漏れがないか必ず確認を行ってください。
 ※2 当協会に既に原本が提出されている場合は、提出時の控えを添付してください。その際はコピー(モノクロ)で提出ください。
 ※3 医学適性検査が資格認定要件となる資格者は、年度毎に医療機関にて医学適性検査を受検しなければなりません。