

医学適性検査診断書

氏名			資格認定証 I D		
生年月日	T・S・H	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	dB	右	dB
	4,000 Hz	左	dB	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				
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)。					
平成 年 月 日					
(医療機関名)					
(住所・電話)					
(担当医師名) (印)					

【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。