

医学適性診断書

ふりがな 氏名		生年月日	昭和 平成	年 月 日 (歳)
本人住所				
所属会社名				

視力	裸眼視力	左	矯正視力	左		
	各眼0.7以上、又は 一眼1.0以上、他眼0.5以上	右	各眼0.7以上	右		
色神	<ul style="list-style-type: none"> ・ 正 常 ・ 色 弱 (赤色、青色及び黄色の識別可) ・ 色 弱 (赤色、青色及び黄色の識別不可) ・ その他 () 					
聴力	1,000Hz 又は低音域 平均聴力レベル	左	dB	4,000Hz 又は高音域 平均聴力レベル	左	dB
	両耳とも 40dB 以内	右	dB	両耳とも 65dB 以内	右	dB
* 上記の聴力レベルは、数値で記入してください。 * 補聴器の使用は認められていません。						
四肢状態	異常無	異常有	(異常有の場合は、その状態を記事欄に記載して下さい。)			
記事						

上記のとおり証明する。

平成 年 月

医療機関名

住所・電話

担当医師氏名



(注意) 視力が裸眼で不適正の方は、矯正視力の診断が必要です。
上記診断は、講習日から6ヶ月以内のものが有効です。