

医療適性診断書（首都圏新都市鉄道用）

資格認定証 ID			生年月日	年 月 日
氏 名				才
所 属 会 社 名				
視 力	基 準 両眼 0.7 以上	裸 眼 両眼（数値）	矯正視力 両眼（数値）	
聴 力	左右の耳のうちどちらか一方で 1,000Hz30 dB以内若しくは、4,000Hz で 40dB 以内を聴取できること（数値記入）			
	1,000Hz で 30dB 以内	左	dB	右 dB
	4,000Hz で 40dB 以内	左	dB	右 dB
疾病及び 身体機能	業務に支障を及ぼすと認められる疾病又は身体機能に支障がないこと。 異常 無 有 （有の場合には、その状態を記事欄に記入してください。）			
記 事				
<p>上記のとおり証明いたします。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所・電話番号</p> <p>医 療 機 関 名</p> <p>医 師 氏 名 印</p>				

- 注 1 視力が裸眼で基準未満の方は、常用眼鏡等による矯正視力の診断が必要です。
- 注 2 聴力では補聴器の使用は認めません。
- 注 3 視力および聴力診断は、数値の記入が必要です。
- 注 4 本診断書内の日付の記載については、すべて西暦で記載してください。
- 注 5 必要事項の記入漏れ等の不備がある場合、本診断書は無効となります。提出前に十分ご確認ください。

記入例

医療適性診断書

資格認定証 ID	123456		生年月日	20××年〇月〇〇日	
氏 名	つくば 太郎		35 才		
所 属 会 社 名	つくば建設工業株式会社		裸眼の視力が基準に満たない場合は矯正視力を記入		
視 力	基 準 両眼 0.7 以上	裸 眼 両眼（数値） 0.6	矯正視力 両眼（数値） 0.8		
聴 力	左右の耳のうちどちらか一方で 1,000Hz30 dB以内若しくは、4,000Hz で 40dB 以内を聴取できること（数値記入）				
	1,000Hz で 30dB 以内	左	25	dB	右 25 dB
	4,000Hz で 40dB 以内	左	35	dB	右 35 dB
疾病及び 身体機能	業務に支障を及ぼすと認められる疾病又は身体機能に支障がないこと。 異常 無 有 （有の場合には、その状態を記事欄に記入してください。）				
記 事					
上記のとおり証明いたします。					
20XX 年 〇〇月 〇〇日					
住所・電話番号 東京都千代田区神田練堀町 XXXXX-XXXX					
医療機関名 首都圏新都市病院					
医師氏名 首都圏太郎 印					

受信した病院にて
記入および捺印を
受けたことを必ず
確認すること

- 注 1 視力が裸眼で基準未満の方は、常用眼鏡等による矯正視力の診断が必要です。
- 注 2 聴力では補聴器の使用は認めません。
- 注 3 視力および聴力診断は、数値の記入が必要です。
- 注 4 本診断書内の日付の記載については、すべて西暦で記載してください。
- 注 5 必要事項の記入漏れ等の不備がある場合、本診断書は無効となります。提出前に十分ご確認ください。