

## 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	(右)	(裸眼) 検査数値		適・不適
			(矯正) 検査数値		
		(左)	(裸眼) 検査数値		
			(矯正) 検査数値		
	※裸眼：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 矯正：基準値は各眼0.7以上				
色 神	(色覚)	※異常の有無：該当する項目を○で囲む。		有 ・ 無	適・不適
		※異常の場合：下記の色識別を選択□をして下さい。			
	(視器精査)	・ 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	※下記の聴力レベルは、数値で記入してください。			適・不適
		(右)	1000Hz又は低音域平均聴力レベル (dB)	(dB)	
			4000Hz又は高音域平均聴力レベル (dB)	(dB)	
		(左)	1000Hz又は低音域平均聴力レベル (dB)	(dB)	
			4000Hz又は高音域平均聴力レベル (dB)	(dB)	
※1000Hz又は低音域平均聴力レベル：基準値は両耳とも40dB以下 ※4000Hz又は高音域平均聴力レベル：基準値は両耳とも65dB以下					
そ の 他	四肢状態	※異常の有無：該当する項目を○で囲む。		有 ・ 無	適・不適
		※異常ありの場合は、状態を【特記事項】に記載して下さい。			
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翌年度末とする。