

小田急医療適性診断書

氏名		生年月日	(西暦)	年	月	日	才
----	--	------	------	---	---	---	---

本人住所	
------	--

登録会社名		所属会社名	
-------	--	-------	--

上記の者の視器聴器および運動機能に関する診断結果は、下記の通りであることを証明する。

視力	右	左	両眼	色覚	正常	その他(記事欄記入)
	(片眼0.3以上かつ両眼0.7以上、片眼、両眼記入)			必ずいずれかを ○で囲む		

矯正視力 裸眼視力が基準に 満たない場合	右	左	両眼	※視野	度	(片眼適性者のみ記入)
	※片眼視力が0.3未満もしくは片眼が見えない場合は、他眼の視野が左右150度以上で視力0.7以上であること。					

聴力	1,000Hz(45dB以下)	右	dB	左	dB	異常	無	有
	4,000Hz(60dB以下)	右	dB	左	dB	異常	無	有

言語	異常	無	有	(有の場合は、その状態を記事欄に記入すること。)
----	----	---	---	--------------------------

四肢状態	異常	無	有	(有の場合は、その状態を記事欄に記入すること。)
------	----	---	---	--------------------------

記事 (特記すべき事項 がある場合)	
--------------------------	--

(注意)

- ・視力が裸眼で基準値に満たない場合は、必ず矯正視力の診断が必要です。両眼も必ず記入
- ・視力(矯正視力)は基準値を満たし、聴力は測定した数値を記入すること。
- ・言語・四肢は異常無であることが必要です。○をしてください
- ・色覚は、正常であること、または色彩識別(赤青黄)が識別できることで適性とします。色覚異常の者は、医療職による赤青黄の紙の識別ができれば適性とします。
- ・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下さい。

年 月 日

医療機関

住所 電話番号

医師名

印