**医療適性診断書**

様式4

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日 　　才 |
| 本人住所 |  | | |
| 請負工事会社名 |  | 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、

下記のとおりであることを証明する。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | （**各眼0.3以上**かつ**両眼0.7以上**）　　　　　左　　　　右　　　両眼 | | |
| 矯正視力  **※裸眼視力が基準値に満たない場合** |  | 色　　覚  **※必ずいずれかを○で囲むこと** | 正常　　色弱　　色盲　　その他 |
| 聴 力 | 両耳共1000(Hz)の音域が聴取できること。  異常無　　異常有**（異常有の場合はその状態を記事欄に記入すること。）** | | |
| 言　　　語 | 異常無　　異常有**（異常有の場合はその状態を記事欄に記入すること。）** | | |
| 四　　肢 | 異常無　　異常有**（異常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。**

**・視力（矯正視力）は基準値を満たし、聴力・言語・四肢は異常無であることが必要です。**

**・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。**

**・必要事項の記入も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。**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　平成　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所・電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印