医療適性診断書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 資格認定証ID |  | 生年月日 | 年　　　月　　　日才 |
| 氏名 |  |
| 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 | 左右の耳のうちいずれか１つはクリアすること（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 | 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 | 就業（　可　・　不可）　どちらかに〇を付けてください。 |
| 上記のとおり証明いたします。年　　　月　　　日住所・電話番号医療機関名医師氏名 印 |

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。
2. 聴力では補聴器の使用は認めません。
3. 視力および聴力診断は、数値の記入が必要です。
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。
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。