

受講講習会名 ※在・幹・継・新の別も記載	
本書を提出する講習会日(西暦)	年 月 日～ 月 日

医学適性検査診断書

2024. 1. 10改訂

フリガナ		生 年 月 日	(年 齢)
氏 名		西暦 年 月 日 (歳)	

※申込会社の担当者は医学適性検査の結果が判定基準を満たしていることを確認してください。

視 力		左 眼	右 眼	【判定基準1】 次の①～④のうちいずれかを満たすこと ①裸眼で各眼が0.7以上であること ②裸眼で片眼で1.0以上で、かつ他眼が0.5以上であること ③眼鏡矯正視力で各眼が0.7以上であること ④コンタクトレンズ矯正視力で各眼が0.7以上であること ⑤片眼がコンタクトの場合、未測定欄は／線で仕切ってください
	裸眼視力			
	矯正視力 (通常使用の眼鏡等)			
色 覚	①	正常 ・ その他 ()	【判定基準2】 次の①、②すべてを満たすこと ①色覚は赤色、青色及び黄色の識別ができることを正常とする ②視野等は医師による問診等により、視野が正常であること、機能障害を伴う眼疾患がないこと及びその他特に異常のないことが確認されたものを正常とする ※未検査の場合は項目欄を／線にて仕切ってください。	
視野等	②	正常 ・ その他 ()		
聴 覚	【判定基準3】 1,000Hz	(各耳それぞれ40dB以内) 左 dB / 右 dB ※数字を記入してください(「正常」は不可)		
	【判定基準4】 4,000Hz	(各耳それぞれ65dB以内) 左 dB / 右 dB ※数字を記入してください(「正常」は不可)		
その他	【判定基準5】 ※軽度色弱の場合は、その他欄に医師の追記(赤、青、黄色の3色が識別できること)と、追記横に医師押印があれば正常とします。 ※色覚矯正眼鏡や補聴器の使用は認めません。 ※機能障害を伴う眼疾患、重篤な耳疾患等があれば記入してください。 注意：いずれにしても所見がある場合は不適格となります。(3色が識別できる場合を除く)			

診断結果は記載のとおりである。

西暦 年 月 日
(医療機関名)
(住所・電話)
(担当医師名)
印

【受講者本人記載欄】

私は、東海旅客鉄道㈱が発注する工事等の従事に際して必要と認められる場合、東海旅客鉄道㈱からの求めに対して、上記の検査結果を開示することに同意します。

西暦 年 月 日

氏 名 (本人自署)

- ※1 年度替り時にコピーの提出を求める場合がありますので、確実に控えを取っておいてください。
※2 医学適性検査が資格認定要件となる資格者は、年度毎に医療機関にて医学適性検査を受検し、合格しなければなりません。
※3 軽度色弱で追記する場合は、その他欄に医師の追記(赤、青、黄色の3色が識別できること)と必ず医師印を押印してください。
※4 当協会に既に原本が提出されている場合は、提出時の控えを添付することで可。その際カラーコピー・カラープリントは不可。