

申込担当記入欄 (記入後、控えを取り本書を提出ください)

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	H. / ~ /

医学適性検査診断書

ふりがな		生 年 月 日	(年 齢)
氏 名		昭・平	年 月 日 (才)

※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チェック欄にチェックし最後に押印してください。

視 力	【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/線で記入すること	裸眼視力	矯正視力	チェック欄
		左	左	
		右	右	
色 覚	【判定基準2】 次の①、②すべてを満たすこと ①正常なもの(色覚は青・赤・黄、3色識別ならば可能) ②視野については問診等にて所見のないもの	正常 ・ その他 ()		
視 野		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】 ※色覚矯正眼鏡や補聴器の使用は認めない。 ※機能障害を伴う眼疾患、重篤な耳疾患、就業制限等の措置が必要であれば記入してください。 ※神経・精神疾患、運動・身体機能障害、中毒症状などに関する特記事項及び所見等必要で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。			担当者 確認印※1 ㊟

診断結果は記載のとおりである。

平成 年 月 日 (医療機関名) (住所・電話) (担当医師名)	㊟
--	---

【受験者本人記載欄】

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。

平成 年 月 日

氏 名 (本人自署) ㊟

※1:1年以内に複数受講の方(2回目以降)についてはコピー上に赤色で担当者チェック、担当者印を押印して提出してください。