

# 医学適性検査診断書

(採用試験用)

氏 名			受験番号					
生年月日	T・S・H	年	月	日	年 齢	歳	性 別	男・女
会 社 名	土佐くろしお鉄道株式会社		会 社 電 話	0880-35-5240				
会 社 住 所	〒787-0014 高知県四万十市駅前町7番1号							
視 力	裸眼	左		右				
	矯正	左		右				
色 覚 ※	正常 ・ その他 ( )							
聴 力	1,000 Hz	左		右	dB			
	4,000 Hz	左		右	dB			
そ の 他	上記検査に加え、視器（視野※、疾患）、神経及び精神疾患、運動・身体機能障害、中毒症状などに関する特記事項及び医師所見等							
<p>診断結果は記載のとおりである。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>(医療機関名)</p> <p>(住所・電話)</p> <p>(担当医師名) <span style="float: right;">(印)</span></p>								

**【参考】判定基準**

視 力	各眼が裸眼で 0.7 以上又は 1 眼 1.0 以上他眼 0.5 以上のもの、若しくは各眼が矯正眼鏡により 0.7 以上に矯正できるもの
色 覚	正常なもの
聴 力	両耳とも、1,000Hz 又は低音域平均聴力レベルが 40dB 以内、4,000Hz 又は高音域平均聴力レベルが 65dB 以内のもの
その他	正常なもの（所見のないもの）

※色覚検査は色覚検査表等、視野は対座法等の簡易検査で行う。