**医 療 適 性 診 断 書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日 才 |
| 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。

|  |  |
| --- | --- |
| 視　力 | **※左・右・両眼すべて記入すること**  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**  **※左・右・両眼すべて記入すること**  各眼0.3以上かつ両眼0.7以上  左　　　　　　　右　　　　　　　両眼  ※視野　　　　　　　度（片眼適性者のみ記入）  ※片眼視力が0.3未満もしくは片眼が見えない場合は、他眼の視野が左右150度以上で視力0.7以上であること |
| 色　覚 | **※必ずいずれかを○で囲むこと**  正常　　　その他　（その他へ記入） |
| 聴　力 | **※必ずいずれかを○で囲むこと**  両耳共1000(Hz),40db以内、4000(Hz),65db以内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 | **※必ずいずれかを○で囲むこと**  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。）** |
| その他 | 工事現場で働く上での疾病・身体機能に関する医師所見 |

**（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。

・工事現場で働く上での疾病・身体機能に関する医師所見に問題が無いことが必要です。

・色覚は、正常であることまたは異常三色覚で色彩識別(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識別ができれば適性とします。

・他のフォーマットでも問題ありませんが、上記の内容を網羅していることが条件です。

・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。

年　　　月　　　日 医療機関名

住所・電話番号

医　　師　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　印