

# 航空身体検査証明書

第一工科大学長 殿

年 月 日

1氏名		2住所	郵便番号
-----	--	-----	------

3本籍 (外国人にあたっては国籍)	4生年月日	5年齢	6性別	7総飛行時間	8過去6月間の 総飛行時間
-------------------	-------	-----	-----	--------	------------------

9既往症等 各項目毎に該当の有無を○印で記入すること					
病名等	有	無	病名等	有	無
糖尿病			直腸、肛こう門の疾患(痔等)		
内分泌及び代謝の疾患(高脂血症、高尿酸血症等)			肝臓・胆道系の疾患		
アレルギー疾患(喘息、花粉症等)			腎臓・泌尿器・生殖器の疾患		
日中の過度な眠気又はいびきの指摘			関節、背部又は腰部の痛み		
呼吸器・肺の疾患			外傷		
胸痛、胸部圧迫感又は動悸			精神又は神経系の疾患		
心臓の疾患			頭部外傷又は脳震盪		
高血圧			自殺未遂		
胃腸の疾患			薬物・アルコール依存		

10該当するものがあればできるだけ詳細に記入すること(部位、原因、時期等)。	
	有 無
入院又は手術	
航空事故又はその他の事故	
航空身体検査不適合又は国土交通大臣による判定の結果等	
現在常用している医薬品(外用・睡眠薬を含む。)	
その他の参考事項	

申請者は、以下について確認し、該当する場合はチェックボックスに「レ」マークを入れること。  
 私は、この申請書の記載事項が、私の知り得る限り、真正であることを誓います。

申請者署名 \_\_\_\_\_ 年 月 日

※左ページは志願者本人が記入し、医療機関に提出してください。

11検査開始年月日	12身長 cm	13体重 kg	14BMI	15尿検査	16血圧 mmHg
年 月 日				蛋白 糖	収縮期 拡張期

17遠見視力			18中距離視力		
裸眼視力		矯正視力		常用眼鏡 屈折度	
右	・	右	・	右	・
左	・	左	・	左	・

19近見視力		20両眼視機能		21視野		22色覚	
矯正		斜視		不同視		輻湊近点mm	
右	有 無	有 無	有 無	深視力 mm	距離	右 左	正常 異常

22純音聴力				24聴力		25眼圧 mmHg				
記号	500Hz	記号	1,000Hz	記号	2,000Hz	記号	3,000Hz	後方 2m	検査	年 月 日
右								適合 不適合	右	左

26安静時心電図検査			27胸部エックス線検査			28脳波検査		
年 月 日	正常	異常	年 月 日	正常	異常	年 月 日	正常	異常

29検診所見 各項目毎に正常・異常の所見を○印で記入するとともに、異常の所見については「35 医師記入欄」に詳細に記入すること。								
項目	正常	異常	項目	正常	異常	項目	正常	異常
頭部、顔面及び頸部			脊柱、筋及び骨格			外耳・中耳 (聴力は28・29項に記載)		
呼吸器又は胸部(乳房を除く。)			皮膚又はリンパ系			鼓膜(穿孔等)		
心臓(心音・心雑音・不整脈等)			精神系(行動、気分、コミュニケーション、記憶等)			鼻、副鼻腔及び咽喉頭		
脈管系(左右差、脈拍数等)			神経系(脳神経、腱反射、平衡機能、感覚、協調運動等)			口腔及び歯牙		
腹部(ヘルニアを含む。)			眼(視力視野等は22項から27項までに記載)			全身状態		
腎・泌尿器・生殖器系			眼球運動(共同運動、眼振等)			その他		
上下肢(筋力・可動域等)								

30医師記入欄	
---------	--

31適否の別	32不適合の理由
<input type="checkbox"/> 第1種基準において適合	
<input type="checkbox"/> 第1種基準において不適合	

33適合に付した条件	
------------	--

34航空身体検査指定機関の名称及び代表者氏名	35国土交通大臣又は指定航空身体検査医の氏名
印	印
航空身体検査指定機関指定書番号	航空身体検査医指定書番号