

[様式10]

(航空学群 フライト・オペレーション
(パイロット養成)コースのみ)

受験
番号

*

*欄は記入しないでください。

桜美林大学 航空身体検査

年 月 日

1 氏名		2 住所 郵便番号	
------	--	-----------	--

3 本籍(外国人にあつては国籍)	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
	年 月 日		男 女		

9 既往歴等 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	病名等	有	無
糖尿病			直腸・肛門の疾患(痔等)			てんかん又は痙攣(けいれん)		
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			失神等の意識障害		
アレルギー疾患(喘息・花粉症等)			腎臓・泌尿器・生殖器の疾患			頻繁又は強度の頭痛		
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			目の疾患		
呼吸器・肺の疾患			外傷			耳鼻咽喉の疾患		
胸痛、胸部圧迫感又は動悸			精神又は神経系の疾患			ふらつき又はめまい		
心臓の疾患			頭部外傷又は脳震盪(のうしんとう)			治療を要する乗物酔い		
高血圧			自殺未遂			その他治療を要する疾患		
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	詳細
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			

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

11 検査開始年月日 年 月 日				12 身長 cm				13 体重 Kg				14 BMI				15 尿検査 蛋白 糖				16 血圧 mmHg 収縮期 拡張期			
17 遠見視力 裸眼視力 矯正視力 常用眼鏡 屈折度 右 両眼 左 両眼 右 左												18 中距離視力 右 左 矯正 適合 不適合 適合 不適合 有 無											
19 近見視力 矯正				20 両眼視機能 斜視 不同視 有 無 有 無 有 深視力 mm □ 二杵 □ 三杵								21 視野 輻湊近点mm 右 左 距離 正常 異常 正常 異常				22 色覚 正常 異常							
23 純音聴力 記号 500Hz 記号 1,000Hz 記号 2,000Hz 記号 3,000Hz 右 左								24 聴力 後方2m 適合 不適合				25 眼圧 mmHg 年 月 日 右 左 検査年月日											
26 安静時心電図検査 年 月 日 正常 異常 検査年月日						27 胸部エックス線検査 年 月 日 正常 異常 検査年月日						28 脳波検査 年 月 日 正常 異常 検査年月日											
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「30 医師記入欄」に詳細に記入すること。																							
病名等				有	無	病名等				有	無	病名等				有	無						
頭部、顔面及び頸部						脊柱、筋及び骨格						外耳・中耳(聴力は23・24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17項から22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 <input type="checkbox"/> 航空業務に支障をきたすような特記事項なし <input type="checkbox"/> 第1種基準においても適合 <input type="checkbox"/> 注意項目有り 本書類は、桜美林大学受験においてのみ使用可である。										桜美林大学より指定医療機関への連絡欄 左記30 医師記入欄の該当する項目にチェック(レ点)をしてください また、注意項目がある場合は詳細を空白にご記入ください。													
31 適否の別 <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																							
32 不適合の理由																							
33 証明に付した条件						34 航空身体検査指定機関の名称及び代表者氏名 印 航空身体検査指定機関指定番号						35 指定航空身体検査医の氏名 印 航空身体検査医指定番号											