

[様式13]

(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	<input type="text"/>	2 住所 郵便番号	<input type="text"/>
------	----------------------	-----------	----------------------

3 本籍(外国人にあっては国籍)	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
	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		
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			眼の疾患		
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			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			12 身長 cm			13 体重 Kg			14 BMI			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		左		矯正			
右					両眼	右					両眼	右					適合	不適合	適合	不適合	有	無
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		左			
右			有 無	有	無	有	深視力 mm	<input type="checkbox"/> 二杆		無	距離	正常	異常	正常	異常	正常	異常
左								<input type="checkbox"/> 三杆									

23 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									
右								適合	不適合	年 月 日 右 左							
左										検査年月日							

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			
検査年月日					検査年月日					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。

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	桜美林大学より指定医療機関への連絡欄
<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。 本書類は、桜美林大学受験においてのみ使用可である。	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。

31 適否の別

第1種基準において適合

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	35 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