

[様式9]

(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	<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(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(のうしんどう)			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			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		・		両眼		右		左		有 無	
左		・		両眼		左		・		両眼		左		・		両眼		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 無		深視力 mm		□ 二杵		無		距離		正常 異常		正常 異常		正常 異常	
左		・								□ 三杵													
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			年 月 日			右 左	
右																適合 不適合			検査年月日				
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								
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。																							
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												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 <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。												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						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番号						航空身体検査医指定番号											