

無人航空機操縦者身体検査証明書自己申告確認要領

無人航空機操縦者身体検査証明書（航空法施行規則第 29 号の 10 様式）の別紙（無人航空機操縦者身体検査証明書に添付する書類の様式。以下「別紙」という。）の提出にあたり、無人航空機操縦者身体検査証明の申請者は、下記 1. から 4. までに従って、別紙における既往歴、手術歴、医薬品の使用歴、その他参考になる事項等（以下「既往歴等」という。）に係る自己申告の内容を確認すること。

また、医師・医療機関は、下記 5.、6. に従うこと。

記

（申請者）

1. 申請者は、無人航空機操縦者身体検査証明書 自己申告確認書（別添。以下「自己申告確認書」という。）のチェックリストにより、既往歴等の有無について点検・確認を行うこと。
2. 1. で確認した内容が、別紙 14 欄、15 欄に適切に記入されているか点検し、必要に応じて別紙を訂正すること。なお、訂正する際は、訂正箇所を二重線で消し、書き直すか、再作成すること。
3. 2. による申請書の点検後、自己申告確認書の本文内容を確認の上、氏名を記入すること。
4. 記入した自己申告確認書（1. のチェックリストを含む）を別紙に添えて、医師・医療機関に申請すること。

（医師・医療機関）

5. 医師・医療機関は、問診時に提出された自己申告確認書の内容に沿って、既往歴等の確認を行うこと。
6. 自己申告確認書は、5 年間保管するものとする。

附 則（令和 5 年 4 月 27 日）

本要領は、令和 5 年 4 月 27 日以降に行われる一等無人航空機操縦士の資格についての技能証明（最大離陸重量 25kg 未満についての限定をしないもの。（当該限定の変更をされるものを含む。））に係る無人航空機操縦者身体検査証明申請について適用する。

別添

(無人航空機操縦者身体検査(一等無人航空機操縦士の資格についての技能証明(最大離陸重量 25kg 未満についての限定をしないものに限る。))申請者用)

申請者は事前に本紙に基づいて確認を行い、別紙と一緒に医師又は医療機関に提出すること。

(医師・医療機関) _____ 殿

無人航空機操縦者身体検査証明書 自己申告確認書

今回の無人航空機操縦者身体検査証明書の交付申請において自己申告を行うにあたり、下記について確認しました。

記

1. 無人航空機操縦者身体検査を適正に実施するためには、申請者の既往歴、手術歴、医薬品の使用歴、自覚症状等についての正しい申告が極めて重要であることを理解し、無人航空機操縦者身体検査証明書別紙記入要領(令和5年4月27日制定国空無機第12037号)及び別添チェックリストに従って、正しい自己申告を行いました。
2. 虚偽等不正の手段による無人航空機操縦者身体検査証明書の取得や、不適合が疑われる身体状態での無人航空機の操縦は、航空法第132条の53の規定により技能証明の取消を含む処分の対象となるほか、同法第157条の9の罰則(50万円以下の罰金)の対象となる場合があることについて確認しました。

記入年月日 20XX年 4月 1日

技能証明申請者番号

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

申請者氏名

大空太郎

個人情報の取扱いに関する同意について

- 医師又は医療機関が私の既往歴、医薬品の使用歴等を確実に把握するため、必要と認めた場合は、私の職場、日常の健康管理担当医師、家族等から所要の情報を入手することに同意します。

※口欄：同意する場合は「○」、同意しない場合は「×」

なお、同意しない場合は、理由を添えて医師又は医療機関にご相談ください。

■無人航空機操縦者身体検査証明書申請書「14 (既往歴等) 欄」等への記入の確認手順

- ① 以下の表の「病名等」に該当する場合は、その病名を○で囲むこと。
 対象: 現在かかっている病気や自覚症状がある場合 (治療の有無を問わない)
 過去病気にかかったことや異常を指摘されたことがある場合 (出生後すべて)
- ② ①について、申請書 14 欄該当項目「有」に○をつけているか再確認すること。
 更に申請書 15 欄にその他の参考事項を記載しているか再確認すること。
 なお、記入欄が不足する場合は、別紙に記入し添付すること。
- ③ 以下の表に例示が無い病名、症状等は[その他]を○で囲み、次ページ枠内に内容を記載し、問診時に医師に確認すること。

1 糖尿病	糖尿病/尿糖陽性/高血糖/低血糖 [その他]
2 内分泌及び代謝の疾患 (高脂血症、高尿酸血症等)	脂質異常症/高尿酸血症/痛風/甲状腺疾患/副甲状腺疾患/下垂体疾患/副腎疾患/原発性アルドステロン症 [その他]
3 アレルギー疾患 (喘息、花粉症等)	アレルギー性鼻炎/アレルギー性結膜炎/アレルギー性眼瞼炎/アレルギー性皮膚疾患/気管支喘息/蕁麻疹/食物アレルギー [その他]
4 日中の過度な眠気又はいびきの指摘	睡眠時無呼吸、低呼吸症候群/睡眠障害 [その他]
5 呼吸器・肺の疾患	慢性閉塞性肺疾患/慢性拘束性肺疾患/サルコイドーシス/腫瘍/肺炎/肺結核症/胸膜炎/気胸/肺のう胞 [その他]
6 胸痛、胸部圧迫感又は動悸	胸痛や胸部圧迫感の自覚/動悸 [その他]
7 心臓の疾患	心筋症/心筋炎/心筋梗塞/狭心症/無症候性心筋虚血/冠動脈障害に対する治療歴 (経皮経管冠動脈形成術 (PCI)、冠動脈バイパス術 (CABG)、その他) /先天性心脈管異常/大動脈弁狭窄症/大動脈弁閉鎖不全症/僧帽弁狭窄症/僧帽弁閉鎖不全症/僧帽弁逸脱症候群/三尖弁閉鎖不全症/弁膜疾患/心膜炎/心不全/洞機能不全症候群/上室頻拍/心房粗細動/心室頻拍/多源性心室期外収縮/心室期外収縮/第2度房室ブロック (モビッツII型) /完全房室ブロック/完全左脚ブロック/完全右脚ブロック/ WPW 症候群/先天性QT延長症候群/ブルガダ症候群/人工心臓ペースメーカー又は植え込み型除細動器の装着/調律異常に対して侵襲的治療 (カテーテル心筋焼灼術等) [その他]
8 高血圧	高血圧/血圧が高いと指摘された場合 [その他]
9 胃腸の疾患	消化管良性疾患 (食道・胃静脈瘤/癒痕化していない胃・十二指腸潰瘍・寛解期以外の炎症性腸疾患/過敏性腸症候群/クローン病/潰瘍性大腸炎/虫垂切除/逆流性食道炎/ヘルニア) /腫瘍/消化管切除術/術後イレウス/ダンピング症候群 [その他]
10 直腸・肛門の疾患 (痔等)	肛門部疾患による出血、鎮痛、疼痛又は炎症/直腸炎/腫瘍/人工肛門の造設 [その他]
11 肝臓・胆道系の疾患	肝炎/肝硬変/膵炎/膵のう胞、腫瘍/胆石症/胆嚢摘出/胆のう炎 [その他]
12 腎臓・泌尿器・生殖器の疾患	尿蛋白陽性や尿潜血陽性の指摘/急性腎炎又はネフローゼ症候群/腎結石/多発性嚢胞腎/腫瘍/手術/血液透析、腹膜透析その他の維持血液浄化療法/腎移植/腎機能障害/一側腎 (先天性又は後天性) /尿管の狭窄又は圧迫/尿路結石/尿管皮膚瘻の造設/治療を必要とする炎症/治療を必要とする前立腺肥大症/月経障害又は子宮内膜症/卵巣腫瘍/子宮筋腫/月経困難症 [その他]
13 関節、背部又は腰部の痛み	一月近くにわたる関節、背部、腰部の痛み/ (「リウマチ及びリウマチ類縁疾患」と「膠原病及び膠原病類縁疾患」は 26「その他治療を要する疾患」に記載) [その他]

次ページに続く

14 外傷	手術や継続的な治療を要する怪我(やけど、骨折、むちうち症等を含む)の受傷 [その他]
15 精神又は神経系の疾患	統合失調症/躁病/躁うつ病/うつ病/不安障害/強迫性障害/適応障害/解離性障害/身体表現性障害/パーソナリティ障害/発達障害/認知症/その他の精神疾患/パーキンソン病/脳炎、髄膜炎等の炎症性疾患/脳梗塞/脳出血やクモ膜下出血等の頭蓋内出血/脳腫瘍/脳動脈瘤等の脳脊髄血管障害/代謝、中毒性疾患/変性疾患/脱髄疾患/中枢神経系の手術歴/プリオン病/椎骨動脈解離/末梢神経障害/自律神経障害/発作性又は再発性の神経筋疾患 [その他]
16 頭部外傷又は脳震盪	脳震盪/脳挫傷(頭蓋内出血を含む)/頭蓋骨折/外傷に伴う意識障害/後遺症として、外傷後てんかん、脳神経障害、運動障害、知能障害、記憶障害、又はパーソナリティ(人格)障害が認められる外傷/頭部外傷によりレントゲンや脳波等の検査、治療、手術を受けた場合 [その他]
17 自殺未遂	自殺未遂/自傷行為/自殺しようとするぐらい深く思い悩むことがあった場合 [その他]
18 薬物・アルコール依存	薬物又はアルコール依存/精神作用物質使用による精神及び行動の障害 [その他]
19 てんかん又は痙攣	てんかん/脳波記録上の異常/痙攣(熱性けいれんや原因不明の痙攣発作も含む) [その他]
20 失神等の意識障害	意識障害/神経調整性失神 [その他]
21 頻繁又は強度の頭痛	片頭痛/慢性頭痛 [その他]
22 眼の疾患	眼瞼、結膜、涙器、眼窩及び角膜疾患又は機能不全/腫瘍/屈折矯正手術(LASIK等)/オルソケラトロジーによる矯正/緑内障/水晶体疾患(白内障を含む)/眼外傷/ぶどう膜炎(虹彩炎及び毛様体炎を含む)/網脈絡膜疾患/糖尿病網膜症/視神経疾患/網膜剥離/斜視/不同視/輻湊・開散運動の異常/視野異常(狭窄・暗点・感度低下)/複視/病的眼振/眼球運動の異常/色覚異常 [その他]
23 耳鼻咽喉の疾患	中耳炎/耳漏/鼓膜発赤/耳痛/あぶみ骨手術(小開窓あぶみ骨切除)/難聴/外リンパ瘻(内耳窓破裂)/耳管狭窄症/耳管開放症/圧変化による耳痛及び耳閉感/自声音響、呼吸音の自覚/メニエール病/良性発作性頭位めまい症/前庭神経炎/眼振/鼻炎/副鼻腔炎/手術/進行性鼻壊疽/鼻中隔彎曲/軟口蓋麻痺/咽頭外傷/喉頭狭窄/声帯麻痺/顔面神経麻痺/炎症性疾患/腫瘍 [その他]
24 ふらつき又はめまい	圧変化によるめまい/貧血/めまい症/平衡機能障害/動揺病 [その他]
25 治療を要する乗物酔い	乗り物の種類によらず、乗り物酔いが繰り返し起こる場合 [その他]
26 その他治療を要する疾患	身体の奇形、変形、欠損又は機能障害/骨、筋肉、腱、神経又は関節の重大な疾患/脊柱の骨折、脱臼、脊椎疾患、椎間板疾患/側彎症/後彎症/消化管の内視鏡治療/腫瘍/後天性免疫不全症候群(AIDS)/ヒト免疫不全症ウイルス(HIV)感染症/その他の感染症/リウマチ及びリウマチ類縁疾患/先天性又は後天性免疫不全症/膠原病及び膠原病類縁疾患/手術/起立性低血圧/末梢動脈閉塞性疾患/動脈瘤/レイノー症候群/深部静脈血栓症/腹膜疾患/腹部の内・外ヘルニア/回腸導管(ウロストーマ)の造設/急性白血病/骨髄増殖性疾患/リンパ増殖性疾患/骨髄腫及びその類縁疾患/止血異常及び凝固異常/習慣性脱臼/疼痛を伴う歯牙、上顎骨、下顎骨又は口腔周辺軟部組織の疾患 [その他]
27 その他	妊娠については、15欄<その他参考事項>にその旨記載すること

[その他]に○を付した例示に無い病名、症状等について、以下に記載するとともに問診時に医師に確認すること。

病名、症状等

■ 無人航空機操縦者身体検査証明書 別紙「15 欄」への記入の確認手順

- ① 以下の表の各項目の確認内容に該当する場合は「有」、該当しない場合は「無」のいずれかを○で囲むこと。
対象：出生後から現在まですべての期間（医薬品は確認内容に該当する期間）
- ② ①で「有」に該当する場合は、申請書 15 欄の該当する項目の「詳細」欄にその内容を詳細に記入しているか(部位、原因、時期等)再確認すること。なお、記入欄が不足する場合は、別紙に記入し添付すること。
- ③ 飲酒習慣について、＜その他の参考事項＞に漏れなく記入しているか再確認すること。

	項目及び確認内容	有・無の別
1	<p>＜既往歴の詳細（時期、病名、手術歴）＞</p> <ul style="list-style-type: none"> ・過去に疾病又は外傷により入院又は手術を受けたことがあるか。 (記入例) 盲腸 (YY 歳、手術) 肺炎 (YY 歳、入院) <p>＜既往歴の詳細（現在服用している医薬品）＞</p> <ul style="list-style-type: none"> ・現在医薬品を常用しているか、過去 2 週間以内に服用したことあるか。 ・ビタミン剤等のいわゆる補助食品（サプリメント等）を常用している場合、用法上の注意を遵守していれば特に申告する必要はないが、摂取を必要と感じるような著しい自覚症状があれば申告すること。 ・市販薬、処方薬を問わず、医薬品の名称をすべて記入すること。 <p>＜既往歴の詳細（その他の参考事項）＞</p> <ul style="list-style-type: none"> ・その他参考事項や「13. 既往歴」欄において「有」の項目がある場合に詳細を記載する。 (記入例) 咳 (DD 日前から)、甲状腺機能亢進症 (YY 歳、アイソトープ治療) ・飲酒習慣の有無及び飲酒頻度、飲酒量について記載すること。 ※飲酒習慣が無い場合もその旨記載すること。 (記入例) 飲酒習慣 (有、3 日/週、2～3 ドリンク/日) 飲酒習慣 (無) <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>(飲酒量計算方法)</p> <p>純アルコール 10 グラムを含むアルコール飲料 = 1 ドリンク</p> <p>計算例 ビール 500ml × 5% × 0.8 (アルコール比重) = 20 グラム → 2 ドリンク</p> </div> <ul style="list-style-type: none"> ・過去の健康診断等におけるアルコール健康障害の指摘がある場合は記載する。 (記入例) 20YY 年 MM 月 DD 日 定期健康診断でアルコール健康障害の指摘あり 	有・無
2	<p>＜航空事故又はその他の事故＞</p> <ul style="list-style-type: none"> ・航空事故、その他の事故（交通事故、被災等）により骨折・脱臼等をしたことがあるか。 ・頭部等に衝撃を受けたことがあるか。 (記入例) バイク横転事故 (YY 歳、頭部強打、後遺症なし) 	有・無
3	<p>＜無人航空機操縦者身体検査不適合又は条件付き適合の結果等＞</p> <ul style="list-style-type: none"> ・過去に無人航空機操縦者身体検査において医師より不適合又は条件付き適合をされたことがあるか。 (記入例) ア. 心筋障害 (20YY 年 MM 月 不適合) イ. 胃がん (20YY 年 MM 月 条件付き適合) ウ. 視野異常 (20YY 年 MM 月 不適合) エ. 直腸がん (20YY 年 MM 月 条件付き適合) 	有・無