

「無人航空機操縦者身体検査証明書別紙記入要領」をご確認いただき記入してください。

別添4 様式（無人航空機操縦者身体検査証明書 別紙）（日本産業規格A3）

無人航空機操縦者身体検査証明書 別紙												
一等無人航空機操縦士の資格についての無人航空機操縦者技能証明 (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												
(医師又は医療機関名) 殿												
20XX 年 04 月 01 日												
無人航空機操縦者身体検査証明書の交付を受けたいので、航空法施行規則第236条の38第8項第1号の規定によりから15まで次のとおり申請します。												
1 氏名		オ オ ソ ラ タ ロ ウ		2 住所 郵便番号								
大 空 太 郎		申請者の現住所を記入（所属する団体などの所在地は不可）										
3 技能証明申請者番号			4 生年月日			5 年齢	6 性別	7 総飛行時間(任意)			8 過去6ヶ月間の総飛行時間(任意)	
DIPS2.0で取得した10桁の数字			年 月 日			男 女	男 女	右詰めで記入			総飛行時間(任意)	
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 9 X X 0 1 0 1 X X								(例) 5 0 0			(例) 1 5 0	
9 現に有する無人航空機操縦士についての資格(技能証明書番号及び限定事項を記入する。↓資格を有する者のみ該当欄に○)												
<input type="checkbox"/> 一等無人航空機操縦士 技能証明書番号 <input type="checkbox"/> 二等無人航空機操縦士 技能証明書番号												
11 職業(会社名)												
社員、公務員、自営業、学生等の職業 または勤務先の会社・官公庁名を記入												
12 前回検査年月日(更新の場合)												
2 3 0 4 0 1												
13 現在の技能証明書の有効期間												
自 至												
10 初回検査又は更新検査の別												
<input checked="" type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 更新 ←資格の別にかかわらず初めての場合は初回に○												
14 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 治療の有無にかかわらず、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、また現在かかっている病気や自覚症状がある項目の「有」に○												
胸痛、胸部圧迫感又は動悸 ○ 精 既往歴等のない項目は「無」に○を記入												
心臓の疾患 ○ 頭 ※身体検査を適正に実施するため、正しい申告を行ってください												
高血圧 ○ 自												
胃腸の疾患 ○ 業												
15 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												
(1) 時期、病名、手術歴 (記入例) 肺炎(12歳、入院)												
(2) 現在服用している医薬品・市販薬 (記入例) アムロジピン、イブプロフェン												
(3) その他参考となる事項												
①(記入例) 咳(3日前から)												
②飲酒習慣の有無 (記入例) 飲酒習慣(有、3日/週、2~3ドリンク/日) 飲酒習慣(無)												
③酒気帯び運転、アルコール健康障害の指摘がある場合は記載(記入例) 2020年1月1日自動車運転時に呼気アルコール検査においてアルコール検知												
航空事故又はその他の事故												
(記入例) バイク横転事故(30歳、頭部強打、後遺症なし)												
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												
(記入例) 視野異常(2023年4月 条件付き適合) 心筋障害(2024年6月 医師不適合)												
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。 <input checked="" type="checkbox"/> 私は、この別紙の記載事項が、私の知り得る限り、真正であることを誓います。												
20XX 年 4 月 1 日												

16 検査開始年月日		17 身長 cm		18 体重 Kg		19 BMI		20 尿検査		21 血圧 mmHg					
年 月 日			蛋白 糖		収縮期 拡張期					
22 遠見視力		裸眼視力				矯正視力				常用眼鏡 屈折度				23 中距離視力	
右		
左		
24 近見視力		25 両眼視機能		26 視野		27 色覚									
右										
左										
28 純音聴力				29 聴力				30 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										
左										
31 安静時心電図検査															
検査年月日 年 月 日 正常 異常															
34 検診所見 各項目毎に正常・異常															
項目 正常 異常															
頭部、顔面及び頸部															
呼吸器又は胸部(乳房を除く。)															
心臓(心音・心雑音・不整脈等)															
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)															
35 医師記入欄															
36 専門医による追加の評価の要否並びにその検査結果及び評価															
追加の評価 必要 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/>															
37 前回以前の条件付き適合に係る条件等				38 適否の別		39 条件付き適合に係る条件又は不適合の理									
				<input type="checkbox"/> 適合											
				<input type="checkbox"/> 不適合											
40 眼鏡に関して証明に付した条件				41 医療機関の名称及び代表者氏名				42 医師の氏名							
43 交付した証明書の番号		第 3		号		45 交付した証明書の有効期間		年 月 日							
44 交付年月日		年 月 日		自											
				至											

医療機関において
医師による記入