

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																																									
() 殿 年 月 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1から15まで次のとおり申請します。																																									
1 氏名										2 住所 郵便番号																															
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月間の 総飛行時間(任意)																	
										年 月 日							男 女																								
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こと。)																																									
一等無人航空機操縦士 技能証明書番号										二等無人航空機操縦士 技能証明書番号										11 職業(会社名)																					
種類 重量 飛行の方法										種類 重量 飛行の方法										12 前回検査年月日 (更新の場合)																					
ヘリコプター 25 kg 昼間 目視内										ヘリコプター 25 kg 昼間 目視内										年 月 日																					
マルチローター kg 未 満 目視内										マルチローター kg 未 満 目視内										(更新の場合) 年 月 日																					
飛行機 kg 未 満 目視内										飛行機 kg 未 満 目視内										13 現在の技能証明書の有効期間 自 至																					
飛行機 kg 未 満 目視内										飛行機 kg 未 満 目視内										年 月 日																					
10 初回検査又は更新検査の別										初回 更新																															
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)														てんかん又は癲癇													
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(認知機能の低下等)														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																											
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																											
既往歴の詳細(時期、病名、手術歴／現在服用している医薬品／その他の参考事項)																																									
航空事故又はその他の事故																																									
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																																									

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。

☐ 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。

年 月 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																				23 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																													
24 近見視力										25 両眼視機能					26 視野										27 色覚																								
矯正															右					左																													
右 有 無 正常 異常										正常 異常					正常 異常					正常 異常					正常 異常																								
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																																							
右										適合 不適合										年 月 日 右 左																													
左																				検査年月日																													
31 安静時心電図検査										32 胸部エックス線検査										33 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																													
34 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「34 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28・29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 不要																																																	
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は不適合の理																								
																				適合																													
																				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																																		

「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1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月間の			
DIPS2.0で取得した10桁の数字												年 月 日				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○)																											
☐ 一等無人航空機操縦士 技能証明書番号												☐ 二等無人航空機操縦士 技能証明書番号															
種類 重量 飛行の方法												種類 重量 飛行の方法															
ヘリコプター 25 目視内												ヘリコプター 25 目視内															
マルチローター kg 目視内												マルチローター kg 目視内															
飛行機 未満												飛行機 未満															
10 初回検査又は更新検査の別 ☒ 初回 ☐ 更新 ←資格の別にかかわらず初めの場合は初回に○												11 職業(会社名) 会社員、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															
14 既往歴等 各項目毎に該当の有無を○印で記入すること												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 年 月 日												初回は空白 更新のみ前回受検「交付した証明書の有効期間」欄を記入															
病名等 有 無 病名等 有 無 病名等 有 無												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○ 既往歴等のない項目は「無」に○を記入 ※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															
糖尿病 ○												直腸、肛門の疾患(痔等) ○															
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 ○															
アレルギー疾患(喘息、花粉症等) ○												腎臓・泌尿器・生殖器の疾患 ○															
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 ○															
呼吸器・肺の疾患 ○												眼の疾患 ○															
胸痛、胸部圧迫感又は動悸 ○																											
心臓の疾患 ○																											
高血圧 ○																											
胃腸の疾患 ○																											
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)。																											
既往歴の詳細(時期、病名、手術歴／現在服用している医薬品／その他の参考事項)												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。 ☒ 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 年 月 日												17 身長 cm				18 体重 Kg				19 BMI				20 尿検査 蛋白 糖				21 血圧 mmHg 収縮期 拡張期			
22 遠見視力												23 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 左												右 左				右 左				適合 不適合 適合 不適合 有 無											
24 近見視力												25 両眼視機能				26 視野				27 色覚											
矯正												右 左				右 左				正常 異常 正常 異常 正常 異常 正常 異常											
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															
31 安静時心電図検査												年 月 日 正常 異常																			
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				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 ☐ 不要 ☐																															
37 前回以前の条件付き適合に係る条件等												38 適否の別 ☐ 適合 ☐ 不適合				39 条件付き適合に係る条件又は不適合の理															
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												44 交付年月日 年 月 日				45 交付した証明書の有効期間 年 月 日 自 至															

■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炎/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

1 4 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]
1 5 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]
1 6 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]
1 7 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]
1 8 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]
1 9 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]
2 0 失神等の意識障害	意識障害/神経調整性失神 [その他]
2 1 頻繁又は強度の頭痛	片頭痛/慢性頭痛 [その他]
2 2 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]
2 3 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]
2 4 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]
2 5 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]
2 6 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]
2 7 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	＜既往歴の詳細（時期、病名、手術歴）＞ ・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) ＜既往歴の詳細（現在服用している医薬品）＞ ・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。 ＜既往歴の詳細（その他の参考事項）＞ ・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。 <u>※飲酒習慣が無い場合もその旨記載すること。</u> (記入例) 飲酒習慣 (有、3 日/週、2～3 ドリンク/日) 飲酒習慣 (無) (飲酒量計算方法) 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 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 ・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	＜航空事故又はその他の事故＞ ・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	＜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＞ ・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