

航空機操縦練習許可申請書																																																																																																					
国土交通大臣 殿																																																																																																					
年 月 日																																																																																																					
航空機の操縦の練習をしたいので、航空法施行規則第67条の規定により関係書類を添えて申請します。																																																																																																					
1 氏名				2 住所 郵便番号																																																																																																	
3 本籍(外国にあっては国籍)				4 生年月日				5 年齢		6 性別		7 操縦練習を行おうとする期間																																																																																									
8 技能証明の資格				9 航空身体検査証明を授け有する者において、その番号及び有効期間																																																																																																	
10 新規又は更新の別				11 既往歴等 各項目毎に該当の有無を○印で記入すること。																																																																																																	
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>病名等</th> <th>有</th> <th>無</th> <th>病名等</th> <th>有</th> <th>無</th> <th>病名等</th> <th>有</th> <th>無</th> </tr> <tr> <td>糖尿病</td> <td></td> <td></td> <td>直腸、肛門の疾患(痔等)</td> <td></td> <td></td> <td>てんかん又は痙攣</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>内分泌及び代謝の疾患(高脂血症、高尿酸血症等)</td> <td></td> <td></td> <td>肝臓、胆道系の疾患</td> <td></td> <td></td> <td>失神等の意識障害</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>アレルギー疾患(喘息、花粉症等)</td> <td></td> <td></td> <td>腎臓、泌尿器・生殖器の疾患</td> <td></td> <td></td> <td>網膜又は強度の頭痛</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>日中の過度な眠気又はいびきの指摘</td> <td></td> <td></td> <td>関節、背部又は腰部の痛み</td> <td></td> <td></td> <td>眼の疾患</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>呼吸器・肺の疾患</td> <td></td> <td></td> <td>外傷</td> <td></td> <td></td> <td>耳鼻咽喉の疾患</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>胸痛、胸部圧迫感又は動悸</td> <td></td> <td></td> <td>精神又は神経系の疾患</td> <td></td> <td></td> <td>ふらつき又はめまい</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>心臓の疾患</td> <td></td> <td></td> <td>頭部外傷又は脳震盪</td> <td></td> <td></td> <td>治療を要する乗物酔い</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>高血圧</td> <td></td> <td></td> <td>自傷未遂</td> <td></td> <td></td> <td>その他治療を要する疾患</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>胃腸の疾患</td> <td></td> <td></td> <td>薬物・アルコール依存</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				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			網膜又は強度の頭痛			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			自傷未遂			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						12 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)。							
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			網膜又は強度の頭痛																																																																																															
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			自傷未遂			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																																																																																																		
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>有</th> <th>無</th> <th>詳細</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>入院又は手術</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>航空事故又はその他の事故</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>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</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>現在常用している医薬品(外用・睡眠薬を含む。)</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>その他の参考事項</td> </tr> </table>				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	<p>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 type="checkbox"/> 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。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>																																																																															
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																																																																																																			

13 検査開始年月日				14 身長 cm				15 体重 Kg				16 BMI				17 尿検査				18 血圧 mmHg																																																																																																			
年 月 日				年 月 日				年 月 日				年 月 日				年 月 日				年 月 日																																																																																																			
19 遠見視力												20 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						有						無																																																																													
左						右						左						右						左						有						無																																																																																			
21 近見視力												22 両眼視機能												23 視野												24 色覚																																																																																			
矯正												斜視												不同視												幅遠近点mm												右												左																																																											
右												左												右												左												正常												異常												正常												異常																																			
左												右												左												右												正常												異常												正常												異常																																			
25 純音聴力												26 聴力												27 眼圧 mmHg																																																																																															
記号												500Hz												1,000Hz												2,000Hz												3,000Hz												後方 2m												年 月 日												年 月 日												年 月 日												年 月 日											
右												左												右												左												右												左												右												左																																			
左												右												左												右												右												左												右												左																																			
28 安静時心電図検査												29 胸部エックス線検査												30 脳波検査																																																																																															
年 月 日												年 月 日												年 月 日																																																																																															
正常												異常												正常												異常																																																																																			
検査年月日												検査年月日												検査年月日																																																																																															
31 検査所見 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(32 医師記入欄)に詳細に記入すること。																																																																																																																							
項目												項目												項目												項目																																																																																			
正常												異常												正常												異常																																																																																			
頭部、顔面及び顔部												脊柱、筋及び骨格												外耳・中耳(聴力は25・26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、副鼻腔及び咽頭																																																																																															
尿管系(左右差、脈拍数等)												神経系(脳神経、脳脊髄、自律神経、感覚、運動神経等)												口腔及び歯牙																																																																																															
腹部(ヘルニアを含む。)												眼(視力視野等(19項から24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)																																																																																																																							
32 医師記入欄																																																																																																																							
33 国土交通大臣の指示等																								34 適合の別												35 不適合の理由																																																																																			
																								<input type="checkbox"/> 適合 <input type="checkbox"/> 不適合												国土交通大臣による判定 ~~~~~																																																																																			
36 航空身体検査指定機関の名称及び代表者氏名																								37 国土交通大臣又は指定航空身体検査医の氏名																																																																																															
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																																																																																															
38 検査医師見解																								39 国土交通大臣による判定の結果等																																																																																															
																								<input type="checkbox"/> 適合 <input type="checkbox"/> 不適合																																																																																															