無人航空機操縦者身体検査証明書

（申請者記入）

氏　名（ふりがなをつけること。）	生　年　月　日	性　別
	年　月　日	男　女

写　真

受けようとする無人航空機操縦者技能証明に係る資格の区分及び限定事項				
資格区分	限　定　事　項			
	種　類	重　量	飛行の方法	
一　等	ヘリコプター	25 kg 未満	昼　間	目視内
二　等	マルチローター			
	飛行機			
住　所				
電話番号　（　）				

（医師記入）

1.　視　力

裸　眼　視　力 （矯正視力）	左 （　）	右 （　）	両眼 （　）
視　野 （矯正をしても一眼が 0.3 未満の者の場合のみ記入）	左	右	

2.　色　覚

正　常	その他（　）

3.　聴　力

聴　力	左		右		両耳	
	可	不可	可	不可	可	不可

4.　疾　病

疾病の有無	病名及び程度（疾病のある者の場合のみ記入）	操縦への支障
有　無		有　無

5.　身体機能の障害

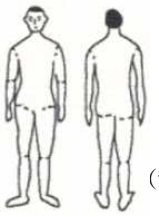
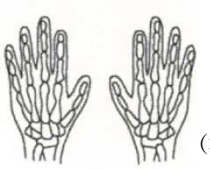
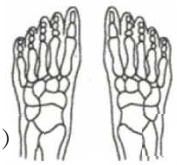
（1）身体機能の障害の有無

身体機能の障害の有無	障　害　の　内　容　及　び　程　度

握　力（手指に障害のある者の場合のみ記入）	左　kg	右　kg

（2）身体機能の障害の部位（身体機能の障害がある者の場合のみ記入）

切断部位は ――― 、障害部位は ▨ により図示すること。

（正面）（背面）　（左手）（右手）　（左足）（右足）

（3）運動機能（身体機能に障害のある者の場合のみ記入）

①　関節の屈伸

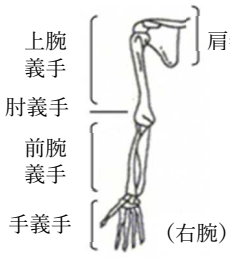
手指の屈伸	できる	できない
手の屈伸	できる	できない
膝の屈伸	できる	できない
歩行	できる	できない

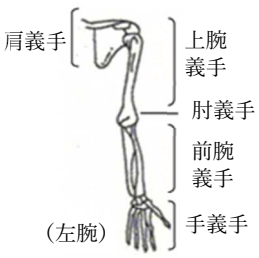
②　障害のある関節（関節の屈伸のいずれかができなかった者の場合のみ記入）

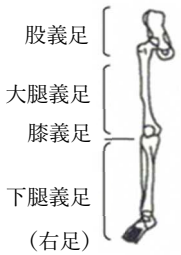
手関節	肘関節	肩関節
左　右	左　右	左　右
股関節	膝関節	足関節
左　右	左　右	左　右

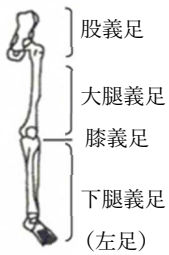
（4）義手義足（義手又は義足を装着している者の場合のみ記入）

義手義足を装着している部分を ▨ により図示すること。









6.　医師又は検査員所見　（受検者の無人航空機操縦者としての業務又は操縦について指摘すべきことがあれば記入）

航空法施行規則別表第六の検査項目について　　年　　月　　日に検査を行った結果、上記のとおりであることを証明します。

医師又は検査員の氏名

医療機関又は指定試験機関の名称、

所在地及び連絡先