

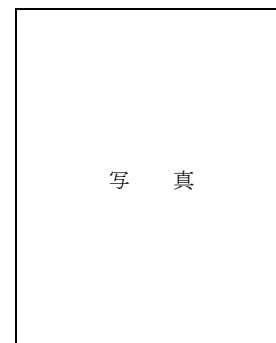
別添 1

航空法施行規則第 29 号の 10 様式

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	
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

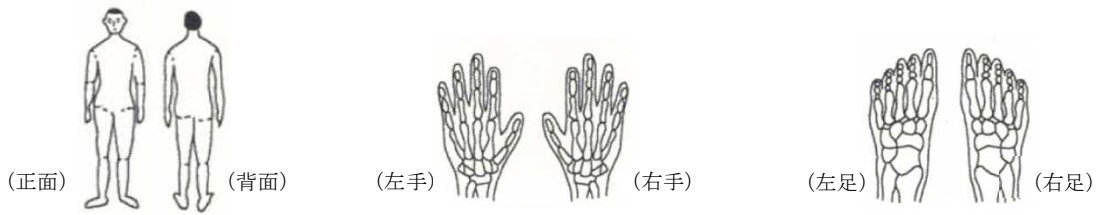
5. 身体機能の障害

(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。



(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

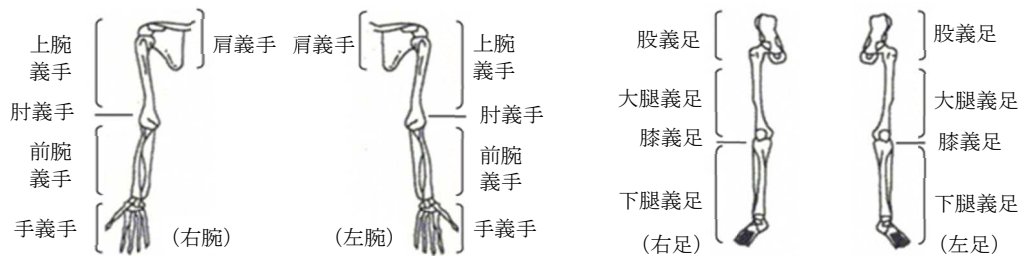
手指の屈伸	できる	できない
手の屈伸	できる	できない
膝の屈伸	できる	できない
歩行	できる	できない

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

【重要】 この記入要領は必ず医師に見せてください。

航空法施行規則第 29 号の 10 様式

無人航空機操縦者身体検査証明書

(申請者記入) この欄は申請者ご本人が記入してください。

氏名 (ふりがなをつけること。)		生年月日	性別
こうくう たろう 航空 太郎		1987年6月5日	男 <input checked="" type="radio"/> 女 <input type="radio"/>
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 <input checked="" type="radio"/> 目視内
二等 <input checked="" type="radio"/>	マルチローター 飛行機		
限定する事項に○を記入してください。			
住所			
電話番号 ()			

必ず写真を貼ってから検査を受けること。
ただし、指定試験機関による身体検査を受ける場合は、DIPSでの申請時に提出した本人確認用の写真に代えることができる(貼付不要)。

写真 医師の印

医師の印

(医師記入) ※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。)の場合には1~4への記入は不要。検査結果等については、別添4の様式に記入し、本様式に添付すること。

1. 視力 矯正視力でも、一眼の視力が0.3未満の場合、0.3以上見える眼の視野角度を必ず数値でご記入ください。

裸眼視力 (矯正視力)	左 (0.8)	右 (0.9)	両眼 (1.0)
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 150°	右	

2. 色覚

正常 <input checked="" type="radio"/>	その他 ()
-------------------------------------	---------

判定結果が不合格の場合は「その他」にその旨を記入してください。

3. 聴力 補聴器使用可

聴力	左	右	両耳
	可 <input checked="" type="radio"/> 不可 <input type="radio"/>	可 <input checked="" type="radio"/> 不可 <input type="radio"/>	可 <input type="radio"/> 不可 <input type="radio"/>

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	一等無人航空機操縦士試験(最大離陸重量 25 キログラム未満についての限定をされるものに限る。)及び二等無人航空機操縦士試験の身体検査においては必ずしも記載する必要はありません。	有 無

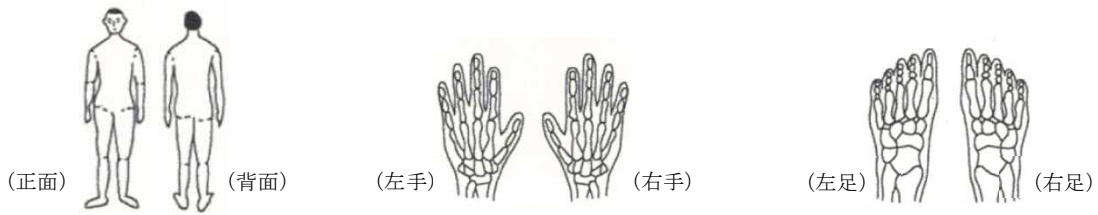
5. 身体機能の障害

(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
	障害がある場合、(3)の運動機能等についても記入ください。 併せて、(2)及び(4)についても所要項目にご記入ください。
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。



(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


●視力
両眼で0.7以上であること（矯正視力可）。但し、一眼の視力が0.3未満の場合は、他眼の視野が左右150°以上で、視力が0.7以上であることあること。

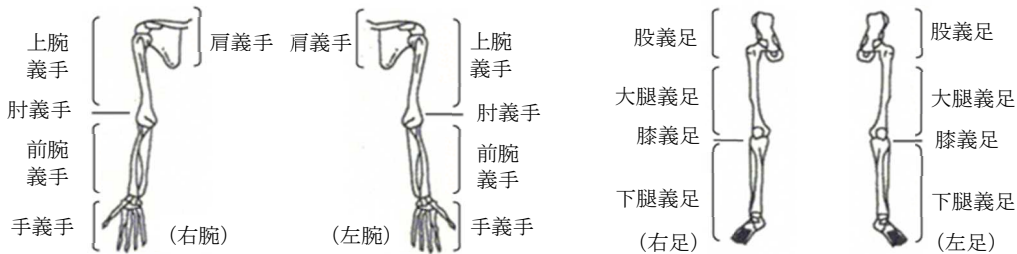
●色覚
検査結果が1セット目又は2セット目で正解の場合は合格とし、正常と判定する。2回ともに誤回答の場合は、「その他」に不合格の旨を記載してください。

●聴力
オージオメーターを使用する場合は片耳毎に検査し、会話による検査の場合は2m後方から通常の会話の音声を両耳で聞こえれば正常と判定してください。

●身体機能の障害
軽症であって無人航空機の操縦に支障をきたさないと認められること。ただし、障害の程度により専門医又は医師の診断書又は証明書が必要になる場合があります。

(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）

医師は、てんかん、再発性の失神、無自覚症状の低血糖症、そう鬱病、重度の眠気症状を呈する睡眠障害、認知症及びアルコール、麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒について症状が認められる場合は参考情報としてご記入ください。

※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。）の場合の検査結果等については、別添4の様式に記入し、本様式に添付すること。

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。

検査実施日をご記入をお願いします。

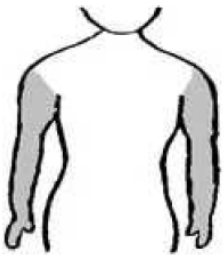
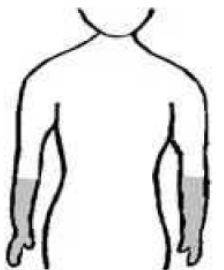


医師又は検査員の氏名
医療機関又は指定試験機関の名称、
所在地及び連絡先

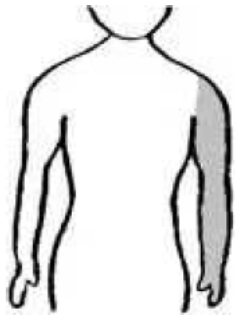
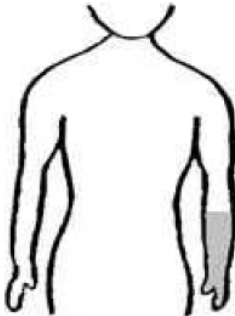
医師の氏名、医療機関の名称、住所の記名
押印又は署名ください。電話番号もご記入をお願いします。



別添3 身体障害の状態と技能証明の範囲及び条件内容

受検者の身体障害の状態に応じ、技能証明試験に合格した者に与える技能証明の範囲及び技能証明に付する条件についての判断の基準は次のとおりとする。

身体障害の程度※		技能証明の範囲	技能証明の条件内容
部位	程度		
両上肢	<p>1. 両上肢をひじ関節以上で欠くもの、又は両上肢の用を全く廃したものの。</p> 	二等無人航空機操縦士の資格についての技能証明	<ul style="list-style-type: none"> ・下肢で操作可能な操縦装置に限るものとする。
	<p>2. 両上肢をひじ関節を残して先の部分で欠くもの、又は両上肢の機能に著しい障害のあるもの。</p> 	二等無人航空機操縦士の資格についての技能証明	<ul style="list-style-type: none"> ・義手（操縦操作上有効な義手。以下同じ。）を使用するものとする。 ・上肢の機能を補う装具を使用するものとする。 ・前二項の条件を満たさない場合は下肢で操縦可能な操縦装置を使用するものでもよい。
	<p>3. 両上肢の全ての指を欠くもの、又はこれと同等の機能障害のあるもの。</p> 	二等無人航空機操縦士の資格についての技能証明	<ul style="list-style-type: none"> ・義指（操縦操作上有効な義指）を使用するものとする。 ・両上肢の機能を補う装具を使用するものとする。 ・前二項の条件を満たさない場合は下肢で操縦可能な操縦装置を使用するものでもよい。
	<p>4. 両上肢の親指以外に2指を欠くもの、又はこれと同等の機能障害のあるもの。</p> 	二等無人航空機操縦士の資格についての技能証明	<ul style="list-style-type: none"> ・身体障害の程度に応じて操作可能な操縦装置に限るものとする。

片上肢	<p>1. 片上肢を肩関節から先の部分で欠くもの、又は片上肢の機能を全廃したもの。</p> 	二等無人航空機操縦士の資格についての技能証明	<ul style="list-style-type: none"> 片上肢又は下肢で操縦可能な操縦装置に限るものとする。
	<p>2. 片上肢のひじ関節を残して先の部分で欠くもの、又はこれと同等の機能障害のあるもの。</p> 	二等無人航空機操縦士の資格についての技能証明	<ul style="list-style-type: none"> 義手を使用するものとする。 片上肢の機能を補う装具を使用するものとする。 前二項の条件を満たさない場合は下肢で操縦可能な操縦装置を使用するものでもよい。
障害が重複する場合	<ul style="list-style-type: none"> 上肢に著しい障害があるもの。 四肢のほか、頭部又は体幹に機能障害があるもの。 	二等無人航空機操縦士の資格についての技能証明	<ul style="list-style-type: none"> 身体障害の程度に応じて操作可能な操縦装置に限るものとする。ただし、身体の状態又は操縦の技能によっては、当該操縦装置に限る条件は付さないこともできる。
備考	<p>1 技能証明の条件の記載は、操縦することができる無人航空機の種類の限定、補助装置に関するもの、身体に関するものを組み合わせて行うこと。</p> <p>2 特別に改造した無人航空機を使用して実地試験を行った場合は、当該使用無人航空機と同じ条件のものに限ること。</p> <p>3 無人航空機操縦者技能証明において、両下肢若しくは片下肢を股関節若しくはひざ関節から先の部分で欠くもの、又は両下肢若しくは片下肢の機能を全廃したもの、又は両下肢若しくは片下肢の機能に著しい障害があるものについては、無人航空機を飛行させるについて必要な条件の設定は不要とする。</p>		