

加齢航空機乗組員用健康調査票

氏名 _____
 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 記入年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
 技能証明番号 _____
 過去 6 ヶ月間の飛行時間 _____
 主な飛行路線 _____

最近 6 ヶ月間の、あなたの状況（期間について説明のある場合を除き）について
 下記の質問のうち該当する答えを○で囲んでください

1	最近の身体の具合は普通である	yes	no
2	食欲は普通にある	yes	no
3	便秘している	yes	no
4	胃・腸の具合が悪いことがある	yes	no
5	夜よく眠れない	yes	no
6	読書中やテレビを見ているときに居眠りしてしまうことがある	yes	no
7	強いいびきを指摘されることがある	yes	no
8	朝方は一番気分が良い	yes	no
9	何となく疲れる	yes	no
10	落ち着かず、じっとしてられない	yes	no
11	いつもよりいらいらする	yes	no
12	見ている中心が {ぼけたり、変形したり、色づいて} 見えることがある	yes	no
13	ちらちら、ごみが浮いてみえる	yes	no
14	まぶしく感じることが多い	yes	no
15	鼻がつまりやすい	yes	no
16	鼻をよくかむ	yes	no
17	くしゃみがよく出る {いつも春先}	yes	no
18	以前より聴きにくいと感じる	yes	no
19	耳鳴りを感じる	yes	no
20	乗務中に、耳閉感を、時々感じる	yes	no
21	のどに異物感を感じる	yes	no
22	急に後ろをふりむくと、ふらつくことがある	yes	no
23	脳貧血や立ちくらみを時々おこす	yes	no
24	頭痛を感じることもある	yes	no
25	関節 {指・手・膝等} が痛むことがある	yes	no
26	腰痛を感じることもある [乗務制限中、制限なし]	yes	no
27	胸に痛みを感じることもある	yes	no
28	動悸・息切れを感じることもある	yes	no
29	歯が時々痛む	yes	no
30	酒を飲まないことと寝つけないことが多い	yes	no
31	酒を飲んだ翌日に、前夜のことをとところどころ思い出せないことがある	yes	no
32	せめて今日だけは酒を飲むまいと思っても、つい飲んでしまうことが多い	yes	no
33	過去 6 ヶ月間に医療機関を受診した	yes	no
	Yes の場合詳細		
34	過去 1 年間に 1 週間以上の病欠をした	yes	no
	Yes の場合詳細		
35	現在常用している薬品がある	yes	no
	いつから		
	何のために (病名・症状)		
	何を (クスリ名)		
36	過去 6 ヶ月間に薬品 (点眼薬・点鼻薬・外用薬も含む) を用いた	yes	no
	いつからいつまで		
	何のために (病名・症状)		
	何を (薬品名)		
	現在は (中止・継続) している		
	現在の状態は (完全に良い・まだ良くない)		
37	アルコールはどの位飲みますか		
	毎日 ・ 週 日程度 ・ 飲まない		
	一回量		
	ビール () ml ・ 日本酒 () 合 ・ ワイン () ml		
	ウィスキー (シングルで) 杯 ・ 焼酎 () 合 ・ その他 ()		
38	喫煙をしますか	yes	no
	Yes の場合		本 / 日