

一般社団法人日本気球連盟 行

## 健康診断書

(受診者記入)

※受診後 3 カ月以内に提出してください。

会員番号			
氏名		性別	男・女・回答なし
生年月日	西暦	年 月 日	年齢 歳
住所	〒 -		

(医療機関記入)

検査項目	結果		診断基準 (参考)
視力	右		遠視力が両眼で 0.7 以上あること (矯正可)
	左		
	両眼		
色彩識別能力	検査方法	A・B	いずれかの検査にて異常がないこと A：石原式色覚検査表で正常範囲であること B：パネル D15 検査でパス判定であること
	異常 なし・あり		
聴力	検査方法	A・B	いずれかの検査にて異常がないこと (補聴器可) A：選別聴力検査 (1000Hz、4000Hz) B：5m の話声語が弁別できること または 10m 離れて 90 デシベルの警報音が聞こえる
	右	異常 なし・あり	
	左	異常 なし・あり	
運動能力	支障 なし・あり		日常生活に支障がないこと。 義足、義手などの補助手段により支障をきたさなければ可。 ただし、義手を使用した場合でも、両手の握力がない場合は不可。
既往歴	なし・あり		精神病、知的障害、てんかん、再発性の失神、無自覚性の低血糖症、重度の眠気の症状を呈する睡眠障害、慢性化した脳卒中、認知症でないこと
中毒	なし・あり		アルコール、麻薬、あへん、覚醒剤などの中毒者でないこと
その他所見			
検査結果について上記の通りです。			
(医療機関名・連絡先)			
(医師氏名) 印 年 月 日			

日本気球連盟 事務局確認

年 月 日