

*番号	
-----	--

健康診断書(宇宙飛行士候補者用)						
ふりがな		性別	男・女	(生年月日)		
氏名				昭和 年 月 日 (満 歳)		
現住所 〒						
電話 ()						
身長	cm	体重	kg	血圧	mmHg	
視力 (裸眼視力が1.0以上の 場合矯正視力は必要 ありません。)	裸眼	矯正	色覚	正常 異常	聴力	
	右: ()	左: ()				右: 正常 低下 左: 正常 低下
(注) 矯正には屈折度もご記入下さい。 PRK/LASIK手術の有無、時期 有 (年 月) 無						
内科診察所見						
<ul style="list-style-type: none"> ・四肢、指等の欠損 (有・無) ・何らかの機能障害 (有・無) 						
血液検査 () 内に貴院の正常値を記入して下さい。			GOT	()		
血色素量	()		GPT	()		
赤血球数	()		γ-GTP	()		
T-Ch o	()		TG	()		
HDL	()		HbA1c	()		
尿検査			蛋白	-	+	++
糖	-	+	潜血	-	+	++

医療機関名及び所在地:

平成 年 月 日

医師署名

Ⓜ

*宇宙航空研究開発機構使用欄

--

健康診断を受けるに当たって(あらかじめお読み下さい)

1. 応募者の方へ

- a. この健康診断書は宇宙飛行士候補者選抜以外には使用しません。
- b. この健康診断書作成のために、新たに健康診断を受けて下さい。
- c. 健康診断を受ける際、あらかじめ健康状況調査書に記入のうえ、診断を行う医師に参考として提示して下さい。

2. 健康診断を行う医師の方へ

- a. この健康診断書は宇宙飛行士候補者選抜のためのものです。宇宙環境は閉鎖隔離空間、無重力状態という特殊な環境であり、また長期間の訓練を経て任務を遂行するためには心身ともに健康でなくてはなりません。従って、健康診断の結果は大変に重要です。
- b. 応募者が持参する健康状況調査書をご参考のうえ、健康診断を行って下さい。
- c. 四肢、指など身体的欠損がある場合は該当項目をチェックのうえ、詳細を記入して下さい。
- d. 何らかの理由（外傷後の瘢痕、先天奇形、後遺症など）による身体的機能障害が認められた場合は該当項目をチェックのうえ、詳細を記入して下さい。
- e. 内科診察では側弯の有無など骨格の変形所見もチェックして下さい。
心雑音など何らかの所見がある場合はその詳細を記載して下さい。また手術その他による瘢痕についても記載して下さい。
- f. 血液検査については、参考に貴院の正常値をあわせて記入して下さい。
- g. *印の欄は記入しないで下さい。