

健康診断および健康状況申告に関する注意事項

12月20日からの受付開始に先立ち、「健康診断および健康状況申告に関する注意事項」として、以下の3点を添付に示します。添付資料をご確認いただくとともに、健康診断を受診する医療機関の選定等にご活用くださいますようお願いいたします。

- (1) 健康診断にあたって（あらかじめお読みください）
- (2) 健康状況申告
- (3) 健康診断書（宇宙飛行士候補者用）

添付資料は、健康診断受診時に医療機関にご提示いただくもののblankフォーマットです。受付開始後、エントリーシートにおいて健康状況申告の登録を完了いただくと、マイページ上に医療機関へ提出いただくためのファイル（登録情報が反映され上述の(1)～(3)をまとめたもの）が表示されます。このファイルを印刷（複数の医療機関を受診予定の場合は、その数分の印刷）の上、医療機関の受診をお願いいたします。

なお、健康診断受診後、健康診断結果は、医療機関より入手した健康診断書をもとにご自身でエントリーシートにご登録いただけます。健康診断書はPDF形式にてアップロードいただけますが、後日原本もご提出いただけますので、各自で大切に保管ください（提出方法は後日ご案内いたします）。

以上

健康診断にあたって（あらかじめお読みください）

1. 応募者の方へ

●この健康状況申告は、健康診断で行われる医師の問診時に使用します。そのために、本PDFファイルを印刷の上、受診する医療機関への提出をお願いします。

●なお、健康診断は、本募集の受付期間内（2021年12月20日から2022年3月4日）に実施したものが有効です。フォーマットは原則JAXA指定の本様式を使ってください。この期間に他の健診を受けた場合、その結果は利用できますが、不足する項目の検査と医師の問診は必ずこの健康状況申告を提出のうえ、医療機関を受診ください。

2. 健康診断を行う医師の方へ

この健康診断は、宇宙飛行士候補者選抜のために国立研究開発法人 宇宙航空研究開発機構（JAXA）が応募者に実施を求めているものです。宇宙環境は、閉鎖・隔離空間、微小重力（いわゆる無重力）という特殊な環境です。宇宙飛行士が長期間の訓練を経て、そのような環境下で任務を遂行するためには心身共に健康でなくてはなりません。したがって、本健康診断は大変重要なものですので、厳正な実施をお願いします。

健康診断を実施の際には、応募者が持参する健康状況申告をご確認の上、実施をお願いします。

各検査実施時の注意事項

●問診時のお願い

・四肢、指など身体的欠損を認めた場合は、日常生活への支障の有無を含めて、医師診察所見にチェックおよび詳細をご記入をお願いします。

・何らかの理由（外傷・手術後の瘢痕、先天奇形、後遺症など）による身体的機能障害を認めた場合は、日常生活への支障の有無を含めて、医師診察所見にチェックおよび詳細をご記入をお願いします。

・問診（診察）の際は、側弯の有無など骨格の変形所見の有無についても確認をお願いします。

・今回の健康診断結果において、応募者の健康に影響を及ぼす結果（例：白血球分画での芽球出現等）を認めた場合は、応募者に対し、説明の上、別途適切な検査・治療をご検討ください。また、その旨医師診察所見にご記入をお願いします（追加検査・治療の結果は記載不要です）。

●視力検査時のお願い

・裸眼視力が1.0以上の場合、矯正視力、屈折度は実施の必要ありません。

・矯正視力測定の際には屈折度もご記入ください。

●聴力検査時のお願い

・聴力検査は、標準純音聴力検査、オーディオメーターによる聴力検査（1000Hz・4000Hz）の測定値もしくは背後2mの距離で普通の会話が可能・不可能をご記入ください。

健康状況申告

国立研究開発法人 宇宙航空研究開発機構

1. 応募者の氏名、生年月日

| | | |
|------|--|--------|
| フリガナ | | (生年月日) |
| 氏名 | | 西暦 |

2. 応募者の現住所

| | | |
|------|-------|-------|
| フリガナ | | |
| 現住所 | 〒 | |
| | 自宅TEL | 携帯TEL |

(注意)

健康診断の際、医師に本健康状況申告を提示してください

入力確定日

| | |
|-------|--|
| 書類選抜時 | |
| 一次選抜時 | |
| 二次選抜時 | |
| 三次選抜時 | |

| 各疾患の既往歴 | | | | | |
|-----------|--------|------|-------------------|--------|------|
| 疾患名 | 過去にあった | 現在ある | 疾患名 | 過去にあった | 現在ある |
| 結核 | | | 蛋白尿 | | |
| 肺炎 | | | 腎炎 | | |
| 気胸 | | | 腎結石 | | |
| 喘息 | | | 性病 | | |
| 慢性気管支炎 | | | 骨折 | | |
| 心筋梗塞 | | | 腰痛症 | | |
| 狭心症 | | | 乗物酔い | | |
| 不整脈 | | | メニエル病 | | |
| 高血圧 | | | 副鼻腔炎 | | |
| 脳卒中 | | | 糖尿病 | | |
| 頭部外傷 | | | 痛風 | | |
| 失神または意識喪失 | | | 花粉症 | | |
| てんかん | | | 薬物アレルギー | | |
| 精神神経疾患 | | | 甲状腺疾患 | | |
| 神経炎 | | | 膠原病 | | |
| 胃十二指腸潰瘍 | | | 癌 | | |
| 過敏性大腸症候群 | | | 卵巣のう腫 | | |
| 大腸ポリープ | | | 子宮筋腫 | | |
| 胆石症 | | | 先天性疾患 | | |
| 肝疾患（肝炎など） | | | 奇形、または何らかの身体的機能障害 | | |
| すい炎 | | | 機能障害を伴う外傷歴 | | |
| 痔 | | | | | |
| その他疾患①： | | | | | |
| その他疾患②： | | | | | |

| | |
|------|--|
| 喫煙歴 | <input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸ったことがある。もしくは、現在吸っている。 1日____本 × 喫煙年数____年 = 喫煙指数 (_____) |
| 入院歴 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある |
| 入院歴① | |
| 入院歴② | |
| 入院歴③ | |
| 入院歴④ | |
| 入院歴⑤ | |

| | | | | |
|------|---|---|---|-------|
| 手術歴 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある | | | |
| 手術歴① | | | | |
| 手術歴② | | | | |
| 手術歴③ | | | | |
| 手術歴④ | | | | |
| 手術歴⑤ | | | | |
| 家族歴 | 疾患名 | 父 | 母 | 現在の状況 |
| | 脳卒中 | | | |
| | 心筋梗塞 | | | |
| | 心筋梗塞以外の心疾患 | | | |
| | 糖尿病 | | | |
| | 癌 | | | |
| | 高血圧 | | | |
| | 結核 | | | |
| | 気管支喘息 | | | |
| | その他 | | | |

| | | | |
|--------------|---|---------|-----------------|
| 内服歴 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある 現在常用している薬 | | |
| 飲酒歴 | <input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 時々飲む（週____回） <input type="checkbox"/> 毎日飲む ビール____本 日本酒____合 ウイスキー____杯 その他（ ）____杯 | | |
| 自覚症状 | 息切れがする | | 血便や黒い便がでる |
| | 脈が乱れることがある | | 頭痛がしばしば起こる |
| | 顔や手足がむくむ | | しばしばめまいがする |
| | 胸がしめつけられるような痛みがある | | 不眠傾向がある |
| | 咳や痰がよくでる | | 腰痛がある |
| | 血痰がでる | | 手足の関節痛がしばしばある |
| | 多飲、多尿の傾向がある | | 物が二重に見えることがある |
| | 手足がつりやすい | | 暗いところで物が見えにくい |
| | 指がよくふるえる | | 耳鳴りがする |
| | 汗をかきやすい | | 時々耳だれがでる |
| | 最近急にやせてきた | | 最近耳の聞こえが悪い |
| | 胃がもたれる | | 声がかすれる |
| | 胸やけがしたり、げっぷがよくでる | | 夜間、何度も排尿のために起きる |
| | 吐き気がする | | 排尿後残尿感がある |
| | よく胃が痛む | | 不正性器出血がある |
| しばしば下痢をする | | 生理痛がひどい | |
| 便秘しがちである | | | |
| 放射線作業 従事歴 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある | | |
| 性別 | <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> その他（ ） | | |

健康診断書 (宇宙飛行士候補者用)

| | | | | | | | | | |
|--|----------|----|----|---------|-------|----|--|----|--------|
| フリガナ | | | | 性別 | | | 生年月日 | | |
| 氏名 | | | | | | | | | |
| 現住所 | 〒 | | | | | | | | |
| | 自宅TEL | | | | 携帯TEL | | | | |
| 身長 | cm | 体重 | kg | 腹囲 | cm | 座高 | cm | 血压 | / mmHg |
| 脈拍 | 回/分 | | | | | | | | |
| 医師診察所見 下記に所見がある場合はこの欄に詳細をご記入ください。 <ul style="list-style-type: none"> ・日常生活に支障のある四肢、指等の欠損(有・無) ・日常生活に支障のある機能障害(有・無) | | | | | | | | | |
| 眼科 | 右 | | | 左 | | | ・裸眼視力が1.0以上の場合、矯正視力、屈折度は実施の必要ありません。 ・矯正視力測定の際には屈折度もご記入ください。 | | |
| 遠距離視力(裸眼) | | | | | | | | | |
| 遠距離視力(矯正) | | | | | | | | | |
| 球面レンズ度数 | + / - D | | | + / - D | | | | | |
| 円柱レンズ度数 | + / - D | | | + / - D | | | | | |
| 円柱レンズ軸 | ° | | | ° | | | | | |
| 石原色覚検査表 | 正常 ・ 異常 | | | | | | | | |
| 耳鼻科 (下記の①・②のどちらかにご記入ください) | | | | | | | | | |
| ①オージオメーター | 右 | | | 左 | | | | | |
| 1000Hz | dB | | | dB | | | | | |
| 4000Hz | dB | | | dB | | | | | |
| ②背後2mの距離で普通の会話 | 可能 ・ 不可能 | | | | | | | | |

健康診断書 (宇宙飛行士候補者用)

| | | | | | | | | |
|----------------------------|-----------------------------------|--------------------|---------------|--------------------|------|------------------|-------|----------|
| 血液検査 (血算) | WBC (白血球数) | $10^3/\mu\text{L}$ | 白血球分画 | | | | | |
| | RBC (赤血数) | $10^6/\mu\text{L}$ | NEUT (好中球) | % | | | | |
| | Hb (ヘモグロビン) | g/dL | LYMPH (リンパ球) | % | | | | |
| | Hct (ヘマトクリット) | % | MONO (単球) | % | | | | |
| | Plt (血小板数) | $10^3/\mu\text{L}$ | EOSINO (好酸球) | % | | | | |
| | Ret (網状赤血球) | % | BASO (好塩基球) | % | | | | |
| 血液検査 (アレルギー) | 非特異的IgE定量 IU/mL (FEIA法もしくはCLEIA法) | | | | | | | |
| 血液検査 (凝固系) | PT | 秒 | aPTT | 秒 | | | | |
| 血液検査 (免疫血清) | CRP | mg/dL | | | | | | |
| 血液検査 (生化学) | TP | g/dL | T-Bil | mg/dL | Na | mEq/L | T-Cho | mg/dL |
| | Alb | g/dL | AST (GOT) | U/L | K | mEq/L | HDL | mg/dL |
| | BUN | mg/dL | ALT (GPT) | U/L | Cl | mEq/L | LDL | mg/dL |
| | Cre | mg/dL | LDH | IU/L | Ca | mg/dL | TG | mg/dL |
| | UA (尿酸) | mg/dL | γ -GTP | U/L | Mg | mg/dL | FBS | mg/dL |
| | CK | IU/L | ALP | U/L (JSCC) | IP | mg/dL | HbA1c | % (NGSP) |
| | AMY | IU/L | Fe | $\mu\text{g/dL}$ | TIBC | $\mu\text{g/dL}$ | | |
| 尿一般検査 | 比重 | | | 亜硝酸塩 (-) (±) (+以上) | | | | |
| | pH | | | 白血球 (-) (±) (+以上) | | | | |
| | 蛋白定性 (-) (±) (+) (2+以上) | | | | | | | |
| | 尿糖 (-) (±以上) | | | 尿沈渣 (以下3項目) | | | | |
| | ウロビリノーゲン | (-) (±) (+) (2+以上) | 赤血球 (個/HPF) | | | (-) 4個以下 | 5-9個 | 10個以上 |
| | ケトン体 | (-) (±) (+以上) | 白血球 (個/HPF) | | | (-) 9個以下 | 10個以上 | |
| | 潜血 | (-) (±) (+) (2+以上) | 上皮細胞 (個/HPF) | | | 1未満 | 1個以上 | |
| 健康診断実施医療機関名 | | | | | | | | |
| 受診日 西暦 年 月 日 | | | | | | | | |
| 医師氏名 (記名、捺印もしくは署名にてお願いします) | | | | | | | | |
| 印 | | | | | | | | |