

応募要項のよくある質問について

1)	採用人員について	1
2)	応募資格について	1
3)	職務内容について	5
4)	選抜方法について	6
5)	求める人物像／評価する特性について	11
6)	応募手続き／エントリーシートについて	11
7)	選抜結果の通知について	18
8)	留意事項について	18
9)	処遇について	18
10)	その他	18

1) 採用人員について

Q1-1：若干名とは何人くらいなのでしょう。

A1-1：具体的な人数は募集・選抜の結果を踏まえて検討いたします。

2) 応募資格について

Q2-1：「3年以上の実務経験を有すること」は、どのような「実務経験」でもよいのでしょうか。

A2-1：分野は問いません。正社員・派遣社員・自営・研究職など就業形態は問わず、社会人としてどのような経験を積んできたかをお示してください。

実務から独自に学んだ様々な知識や思考、経験内容をできるだけ詳しくお書きください。

学生の中に実務補助、インターンや起業などを行っていた場合には、社会人としての実務経験相当であると判断させていただく場合もありますので、エントリーの際にどのような経験を積んできたかを具体的にお示ください。

Q2-2：6年制の大学（医学部、歯学部、獣医学部など）の卒業生は、修士号取得者と同じ「1年の実務経験」があるとみなされないのでしょうか。

A2-2：実務経験とはみなしません。学士取得後、3年以上の実務経験が必要です。ただし、学生の中に実務補助、インターンや起業などを行っていた場合には、社会人としての実務経験相当であると判断させていただく場合もありますので、エントリーの際にどのような経験を積んできたかを具体的にお示ください。

Q2-3：入学時に国家公務員資格が付与される教育機関（防衛大学・防衛医科大学など）は、在学の年数が実務経験としてカウントされますか。

A2-3：実務経験とはみなしません。大学在学中は学生として学習に専念しているため、実務経験としてはカウント致しません。ただし、既に卒業されており、学生の間の実務補助、インターンなどを行っていた場合には、社会人としての実務経験相当であると判断させていただく場合もありますので、どのような経験を積んできたかを具体的にお示しください。

Q2-4：身長は 149.5-190.5cm である必要があるのですか。撤廃できないのですか。

A2-4：今後搭乗を予定している宇宙船などによる身体条件に準じて設定しております。この条件を満たさない場合は、宇宙船への搭乗ができないため応募資格として設定いたしました。

Q2-5：体重の記載が削除されたと言うことは体重による評価は実施されないのでしょうか。

A2-5：選抜過程において体重の評価も実施いたしますが、体重は生活指導などにより増減がある程度可能であるため、応募資格としては設定しておりません。

Q2-6：屈折矯正手術（レーシック手術等）の治療を受けているが応募可能でしょうか。

A2-6：屈折矯正手術（レーシック手術等）をしていても応募は可能です。ただし、その旨、書類選抜の中の健康状況申告の「治療歴」（手術）欄にて申告していただきます。屈折矯正手術を受けた方については、二次選抜でその影響を検査にて判断させていただきます。二次選抜での医学検査実施時（2022年10月頃）に術後6か月以上経過している方については、必要な追加検査を行い合否判定を実施します。ただし、当該医学検査時点で術後6

ヶ月未満の方は、評価が正確にできないため、不合格となりますのでご注意ください。

なお、今回の応募のために、屈折矯正手術を受けることはお勧めいたしません。

Q2-7：色覚異常の程度が軽度でも応募資格を満たさないのですか。また色盲矯正眼鏡をしていて矯正色覚が正常な場合はどうでしょうか。

A2-7：有人宇宙船・国際宇宙ステーション等において、機器や表示の識別に色を用いており、「色覚の検査で正常であること」は安全上必須であるために応募資格として設定しております。色覚異常は、ご自身で判断できない場合もあるため、自覚の有無にかかわらず、医学検査で判断させていただきます。

なお、色覚検査は裸眼で行うために、裸眼で色覚異常の場合には不合格となります。

Q2-8：聴力は補聴器を付けた状態での矯正聴力が正常な場合や、片側の聴力のみ正常なら問題ないのでしょうか。

A2-8：聴力検査は補聴器なしの状態で行うため、補聴器の使用がなければ基準を満たさない場合は不合格となります。また、聴力については両側とも正常であることが必要です。

Q2-9：障害者でも応募できますか。医学基準はこれまでとどのように異なるのでしょうか。

A2-9：障がいの内容・程度にもよるので一概には言えません。選抜時ににおいて、医学基準に基づき判断させていただくこととなります。

選抜に関する医学基準は、国際的な約束として、公表しないことになっておりますので、四肢欠損その他の個別具体の障がいの内容が基準に合致するかどうかについては、回答を控えさせていただきます。

Q2-10：応募資格に関して前回とどのような変更がありますか。

A2-10：より多くの方に可能性を広げるため、パブリックコメント等を踏まえ、応募条件を大きく緩和しました。主要な変更点は以下の通りです。

項目	前回（2008年）	今回	
	応募資格	応募資格	選抜試験で評価
学歴	4年制大学（自然科学系） 卒業以上	—	選抜試験において一般教養試験（大学の教養課程相当）を実施
専門性 実務経験	自然科学系（※1）分野における3年以上の実務経験（※2）	3年以上の実務経験（※2）	選抜試験においてSTEM分野（※3）の試験（国家公務員採用総合職試験（大卒程度試験）相当）を実施
医学的 要件	身長：158cm以上～ 190cm以下 体重：50kg～95kg	身長：149.5cm以上～ 190.5cm以下 宇宙船の改良や新規開発により、宇宙船搭乗の身体的要件が緩和。	—

※1 理学部、工学部、医学部、歯学部、薬学部、農学部等

※2 修士号取得者は1年、博士号取得者は3年の実務経験とみなす。

※3 Science(科学)、Technology(技術)、Engineering(工学)、Mathematics(数学)の略

Q2-11：中卒／文系学部卒なのですが応募可能ですか。

A2-11：3年以上の実務経験を有すること等の応募要件を満たしていれば、問題ありません。4年制大学卒業相当の能力や自然科学系の素養については、選抜過程において評価いたします。

Q2-12：定年の60歳を超えているのですが、応募に年齢制限はありますか。

A2-12：年齢制限は設けておりませんが、選抜にあたっては、宇宙飛行士候補者に求められる医学的基準等を満足しているかを評価します。

3) 職務内容について

Q3-1：基礎訓練はどこで実施するのですか。

A3-1：新型コロナウイルス感染症対策にも十分配慮しつつ、国内を中心にして実施します。実施に当たっては、NASA等の海外宇宙機関と連携を図り、効率的に実施します。

Q3-2：今回選ばれた宇宙飛行士はいつ搭乗できるのでしょうか。

A3-2：今回選ばれた宇宙飛行士は、現在の7名のJAXA宇宙飛行士と同じく、全ての日本人宇宙飛行士の中から国際調整等を踏まえて搭乗ミッションが決定されます。そのため、現時点でいつ搭乗できるかは確定しておりません。状況によっては、宇宙飛行士候補者として選抜された後、搭乗業務を行うまでの訓練業務が7～10年程度に及ぶ場合もあります。

Q3-3：訓練業務や搭乗業務にかかるリスクに対し、どのように安全性を確保しているのですか。

A3-3：国内外で実施するリスクを伴う特殊な訓練については、JAXAが内容を事前に調査して安全に訓練が実施できることを確認し、適切な安全管理体制を整えた上で実施しています。

搭乗業務にかかるリスクについても、該当する事象に対し安全が確保されているかを事前に確認し、JAXAにて安全管理を含む実施体制を整えています。また、健康管理面では医師等の担当者により宇宙飛行士の状態を確認しつつ定期的な支援や評価を行う体制を整えています。

Q3-4：「アウトリーチ業務」とはどのような仕事ですか。

A3-4：アウトリーチ業務とは、通常の活動のみで接する機会の少ない方々（特に次世代等）に対し、宇宙飛行士自身の経験を通じ、有人宇宙活動の取組みや成果等を、様々な機会や媒体を捉えて積極的に周知し、新たな接点を広げて積極的に働きかけることを目指す業務を指しています。

こうした活動により、子供が宇宙について学ぶきっかけをつくったり、国民の方々の（有人）宇宙活動・宇宙探査への関心や支持の拡大を目指しています。

Q3-5：宇宙飛行士候補者に選抜された場合には、現在の職場を辞めなければいけないのですか。

A3-5：宇宙飛行士候補者は訓練業務等に専念する必要があるため、現在の職場を退職いただき、宇宙航空研究開発機構の職員として採用させていただくこととなります。

4) 選抜方法について

Q4-1：ゼロ次選抜で行うそれぞれの試験／検査はどのようなものですか。

A4-1：

➤ 一般教養試験

◇ 「人文科学・社会科学分野を含む広範な素養・知識」を評価するための試験です。

- STEM 分野の試験
 - ◇ 大学卒業程度の STEM 分野の知識や論理的思考力を評価するための試験です。
- 小論文
 - ◇ 与えられたテーマに対して、ご自身の意見とその理由を論述していただきます。
- 適性検査
 - ◇ 宇宙飛行士に必要な特性全般について評価するための試験です。ただし医学的な特性は一次選抜以降で別途行います。

Q4-2：「STEM 分野の試験」は、専門分野の選択式となるのでしょうか。

A4-2：応募者が自身の専門分野から問題を選択して回答する試験問題ではなく、国家公務員採用総合職試験（大卒程度試験）に相当する、STEM に区分される試験の区分から出題を予定しています。

Q4-3：第0次試験の実施方法についての詳細は、いつわかりますか。

A4-3：第0次試験の実施日時と場所は、2022年3月中にお知らせします（下表参照）。それ以外の詳細は、書類選抜の合格者のみにお知らせします。書類選抜の合格発表は、2022年4月下旬の予定です。

第0次試験実施内容	実施時期
英語試験	2022年5月7日(土)か、5月8日(日)のうち、JAXAが指定するいずれか1日 (代替日程はありません)
一般教養試験 STEM分野の試験 小論文 適性検査	2022年5月28日(土)、5月29日(日)のうち、JAXAが指定するいずれか1日 (代替日程はありません)

Q4-4：第0次試験の日時は変更してもらえますか。

A4-4：試験の日時変更は、認められません。

Q4-5：第0次試験を海外から受験できますか。

A4-5：新型コロナウイルス感染症のため、日本への帰国が容易ではないことを考慮し、海外にお住まいの方に対しては、第0次試験については、JAXAの海外駐在員事務所での実施またはオンライン実施を検討中です。

海外のどの国、地域からの受験者がいるのかを把握するため、マイページ登録時に日本以外の海外から受験希望であること、JAXAの海外駐在員事務所での受験可能であるかなど、事前に調査をさせていただきます。

Q4-6：一次選抜で行うそれぞれの試験／検査はどのようなものですか。

A4-6：

➤ 医学検査

◇ 人間ドック程度の医学検査であり、血液検査、精神科領域、画像診断等の検査を実施する予定です。

➤ 医学特性検査

◇ 応募者の全般的なパーソナリティ像を確認するために行います。

➤ プレゼンテーション試験

◇ 「自らの体験や成果などを外部に伝える豊かな表現力と発信力」を評価するために行います。

➤ 資質特性検査

◇ 国際的なチームで宇宙滞在を行うために必要な様々な特性（ミッション遂行能力としての、リーダーシップ、チームワーク等）について、簡易な方法で評価します。

➤ 運用技量試験

◇ 宇宙飛行士として必要な、複雑なシステムの運用者が必要な状況認識能力、空間認識などについて、簡易な方法で評価します。

Q4-7：第1次試験の実施日の詳細は、いつわかりますか。

A4-7：各選抜試験の詳細については、一つ前の段階の選抜に合格された方にのみ通知する予定です。

Q4-8：二次選抜で行うそれぞれの試験／検査はどのようなものですか。

A4-8：

➤ 医学検査

◇ 数日かけて実施する医学検査であり、眼科、精神科、神経科等の医学検査を実施する予定です。

➤ 医学特性検査

◇ 宇宙飛行士に求められる精神心理的な特性や作業運用特性（身体機能や注意力など）について測定・評価するために行います。

➤ 面接試験（英語・資質特性・プレゼンテーション）

◇ 英語－英語を母国語とする試験官により評価を行います。

◇ 資質特性－宇宙飛行士候補者に必要となる特性（募集要項8項に記載）の観点から質疑応答を行います。

- ◇ プレゼンテーション－何らかの発表を行っていただくことになりませんが、試験内容に関係するため、具体的な内容については申し上げられません。

Q4-9：三次選抜で行うそれぞれの試験／検査はどのようなものですか。

A4-9：

- 医学検査
 - ◇ 書類選抜以降の健康上の変化について確認いたします。
- 医学特性検査
 - ◇ 第二次選抜までに評価した医学上の諸特性を、負荷のかかる環境下での行動観察や面接等により確認することを主目的としています。
- 資質特性検査
 - ◇ 第二次選抜までの評価を踏まえ、募集要項 8 項（4）（5）に記載された観点について評価を行います。
- 運用技量試験
 - ◇ 宇宙飛行士として幅広い分野の活動に円滑かつ柔軟に対応できる能力を有するか、危機的・緊急的な事象発生時に、迅速かつ的確な意思決定と行動がとれるか、等について評価を行います。
- 面接試験（総合・英語・プレゼンテーション）
 - ◇ 総合－JAXA の役員等との面接を実施する予定です。
 - ◇ 英語－英語を母国語とする人との十分なコミュニケーションにおいて、いろいろな種類の会話を理解でき、流暢かつ自然に自己表現できるか、また柔軟かつ効果的に話すことができるかを評価します。

- ◇ プレゼンテーション－何らかの発表を行っていただくことになりませんが、試験内容に関係するため、具体的な内容については申し上げられません。

Q4-10：第三次選抜の実施場所に海外とありますがどこに行くのでしょうか。

A4-10：米国（NASA ジョンソン宇宙センター）を予定しています。

5) 求める人物像／評価する特性について

Q5-1：今回募集する宇宙飛行士に求める「多様性の尊重」というのはどのようなことですか。

A5-1：未知・未踏の領域において限られた人数で活動することになるこれからの宇宙飛行士には、個人として多くの関心事や視点、経験、知識などを有する「個の多様性」を持つとともに、互いの異なる価値観や手法を尊重しながら、差別や偏見なく目指すべき到達点への最適解を探るという意識を持つことができ、さらにその手法を取れることを求めています。

Q5-2：今回の募集で求める人物像や特性で前回と異なる点はありますか。

A5-2：宇宙飛行士として求める能力には大きく違いはありませんが、今回の選抜で求める人物像としては、自らの経験を世界中と共有する表現力と発信力を持っていることも期待しておりますので、表現力・発信力の観点も評価項目としています。

6) 応募手続き／エントリーシートについて

Q6-1：受付期間よりも前に行った健康診断結果がありますが、この結果をエントリーシートに記入してもよいでしょうか。

A6-1：受付期間内に実施した健康診断結果をエントリーシートに入力してください。なお、健康状況申告は健康診断を行う医師の問診時に使用しますので、ご自身の現在の状況を申告のうえ、受診する医療機関へ提出をお願いします。

Q6-2：健康診断書の提出方法や原本提出時期はいつ分かりますか。

A6-2：病院の受診にあたっては、原則 JAXA 様式の健康診断書の使用をお願いします。様式及びその他の内容を含めて、応募受付開始までに受付ウェブページにてお知らせ致します。内容をご確認のうえ医療機関の受診をお願いします。

Q6-3：海外在住のため、日本語の健康診断書が入手できないのですが、外国語でもよいでしょうか。

A6-3：健康診断書は外国語で記入してあっても結構です。ただし、英語以外の外国語の健康診断書の場合は、法定翻訳など翻訳の真正性が担保されている翻訳版も合わせてご提出いただくようお願い致します。

なお、英語圏の方については、英訳版健康診断書フォーマット（巻末別紙参照）を用意しましたので、是非、ご利用ください。本フォーマットをご利用される場合は、以下のいずれの方法でも問題ありません。

- ・ 英訳版健康診断書フォーマットを提示しつつ、帳票出力した日本語版健康診断書フォーマットへ診断結果をご記入いただく。
- ・ 個人情報部分を手書きで記入した英訳版フォーマットへ直接診断結果を記入いただく。

Q6-4：エントリーシートではなく、郵送で書面提出することができますでしょうか。

A6-4：郵送での受付は行いません。ウェブページからの入力をお願いします。

Q6-5：語学能力に記載する言語レベルは自己判断でいいでしょうか。

A6-5：できるだけ国内外で通用する英語の資格試験の結果をご記入ください。
これまでそのような試験を受けていない場合には、「資格：」の欄に「なし」とご記入ください。

Q6-6：医学検査について募集要項に記載の項目が全てでしょうか。選抜で実施する全ての検査項目を事前に教えてもらえないでしょうか。

A6-6：受験者に対して、各選抜の段階ごとに検査内容をお伝えする予定です。
検査項目を事前に知ることによって評価に影響を与える可能性があるため、現段階での全ての検査項目の公表は控えさせていただきます。

Q6-7：健康診断書は、項目ごとに複数枚に分かれてもよいでしょうか。

A6-7：一カ所で全ての検診項目が実施できない場合、複数の医療機関で受診した項目を合わせて提出することが可能です。ただし、医師の問診については、医療機関毎に必要となります。必ず健康状況申告を提出のうえ、医療機関を受診ください。また、健康診断書原本は全てお手元に保管してください。

Q6-8：応募にあたり、合否が確定するまでは現職を継続してもよいでしょうか。

A6-8：応募にあたり、現職をお辞めになる必要はありません。宇宙飛行士候補者として選抜され、JAXA 職員になるにあたっては、前職をお辞めいただく必要があります。なお、第一次選抜以降においては、同意を得た上、JAXA から所属元や関係者に質問や連絡を行う場合があります。

Q6-9：座高を取り扱っているクリニックがなかなか見つかりません。

A6-9:座高の測定は専用の測定器具を用いなくても結構です。座位で座面から頭頂部までの垂直距離を測定し、健康診断書にご記載ください。例えば椅子上に身長計を載せ、座位で計測されても結構です。

Q6-10:現在妊娠中で、健康診断の結果が通常値から外れるものがあります。妊娠前／出産後の健康診断の結果を用いてもよいでしょうか。

A6-10:健康診断は受付期間内に受診いただき、妊娠中の場合は、必ず検診実施機関にその旨お伝えください。なお、書類選抜における健康診断結果については、妊娠中であることを特別に考慮した評価は致しません。

また、選抜過程では様々な検査が予定されており、妊婦や産後の身体等への影響を考慮し、該当の方は検査を行えないものもございますので、母子の健康を最優先とされますようお願いいたします。

Q6-11:手術のための入院は、入院歴と手術歴にそれぞれ書きますか？

A6-11:それぞれにお書きください。入院時期については分かる範囲でご記載ください。

Q6-12:出産は入院歴に含まれるのでしょうか。

A6-12:出産についても入院歴にお書きください。入院中に帝王切開手術等された場合には手術歴にお書きください。

Q6-13:サプリメントは内服薬に入りますか。

A6-13:サプリメントも内服歴にお書きください。その際は、通常の医薬品と区別するため、サプリメント(・・・)と記載してください。

Q6-14:受付期間に全ての書類がそろわないのですが、一部を受付期間後に提出してもよいですか。

A6-14：公平性の観点から応募受付に関する例外措置はございません。募集受付締切までに全ての情報をエントリーシートに入力して提出いただく必要があります。

*:2/10 付で「健康診断結果（健康診断書を含む）の提出」についてのみ、期限を1か月間延長し、4月4日（月）正午までといたしました。
エントリーシートと健康状況申告の応募受付期間には変更はございませんので、3月4日（金）正午までにご提出ください。詳細は特設ホームページ及び「『健康診断結果の提出期限延長』に関する質問について」（新設）をご確認ください。

Q6-15：エントリーシートの提出完了後に記載事項に変更があった場合はどのようにすればいいですか。

A6-15：エントリーシートの提出完了後、連絡先（住所、電話番号、メールアドレス）と所属（連絡先含む）に変更が生じた場合、「JAXA 宇宙飛行士候補者 募集・選抜担当」までお知らせ下さい。また、これら以外の資格や経験等に更新が出た場合は、選抜が進んだ段階でこちらから確認させていただきます。

Q6-16：医療機関から特定の検診項目ができないと言われた場合、どうすればよいでしょうか。

A6-16：一つの医療機関で全ての項目がそろわない場合、複数の医療機関からの検査結果を合わせてご提出いただくことができます。

複数の医療機関で受診する場合の注意点はFAQのQ6-7をご確認ください。また、特定の検診項目について、その医療機関では実施できなくても、外注で対応していただける場合もありますので、医療機関にお問い合わせください。

Q6-17：JAXAで医療機関を紹介していただけないでしょうか。

A6-17 : JAXA では医療機関の紹介は致しておりません。

Q6-18 : 医療機関から尿検査の亜硝酸塩について測定できないと言われた場合、どうすればよいでしょうか。

A6-18 : 尿検査の亜硝酸塩は試験紙法で測定できますので、一般的な医療機関で実施可能な検査です。「試験紙法」での測定を医療機関に依頼してみてください。

Q6-19 : 医療機関から、健康診断書フォーマットで指定されている測定法と違うと言われましたが、問題ないでしょうか。

A6-19 : 健康診断書フォーマットに測定法が指定されている項目（血液検査（アレルギー）と血液検査（生化学）のアルカリフォスファターゼ（ALP））については、指定された測定法で測定してください。

なお、血液検査の ALP の測定法は、健康診断書フォーマットでは、JSCC 法（日本臨床化学会）が指定されていますが、医療機関が IFCC 法（国際臨床化学連合）でしか対応していない場合には、IFCC 法で測定しても問題ありません。ただし、IFCC 法での測定値が記載された健康診断書をすでに入手している場合は、IFCC 法での測定値に 2.84 を乗じた値を JSCC 法での測定値としてエントリーシートにご入力ください。これから健康診断書を入手予定で医療機関と相談ができる場合には、IFCC 法での測定値に 2.84 を乗じて JSCC 法に換算した値を診断書に記載するようお願いしてください。

（ご参考 : <http://jsc.jp.gr.jp/file/2019/alpld2.pdf>）。

Q6-20 : 医療機関での検査結果に記載された単位が健康診断書フォーマットにあらかじめ記載されている単位と異なっていた場合、どうすればよいでしょうか。

A6-20：医療機関での検査結果と健康診断書フォーマットとの間に単位の記載が異なる場合がありますが、医療機関より入手した健康診断書の記載のまま、エントリーシートにご入力ください。こちらで、ご提出いただいた健康診断書との照合を行います。医療機関と相談できる場合は、単位が異なる検査項目について、健康診断書フォーマットに合わせるように単位を換算した上で記載するようにお願いしてください。

Q6-21：航空機の運航業務や客室業務で航空機に搭乗する業務をしています。個人では被ばく線量を記録していませんが、会社では「宇宙線被ばく線量」について管理を行っております。この場合、健康状況申告設問 8 の放射線作業従事歴にどのように記載すればよいでしょうか。

A6-21：航空機搭乗中の宇宙線被ばく線量は、宇宙飛行士の放射線被ばくに関するリスク評価の対象となりますので、設問 8 については「ある」でご回答ください。第二次選抜時において、放射線被ばく業務に従事された機関等に対して、こちらから作業従事歴の照会をさせていただく予定です。

Q6-22：複数の医療機関で健康診断書をいただいているが、加工して一枚の健康診断書にまとめてアップロードした方がよいか。

A6-22：受診者が健康診断書を加工することはおやめください。加工せず、医療機関からいただいたまま一つの PDF にまとめてアップロードしてください。

Q6-23：医師診察所見に特に記載がなかった場合、エントリーシートにはどのように記載すればよいですか。

A6-23：「特になし」と記入してください。

※エントリーシートの健康診断結果は、ブランクのままでは提出することはできません。

7) 選抜結果の通知について

Q7-1：不合格になった場合、理由は教えてもらえるのでしょうか。

A7-1：パブリックコメントとして、落選理由のフィードバック等の対応を求める意見があったため、どのような対応が可能か、検討を続けております。

8) 留意事項について

Q8-1：誤って入力した場合でも虚偽と見なされ採用が取り消されることがあるのでしょうか。

A8-1：事前に基準をお示しすることはできかねますが、誤入力の内容によっては虚偽と判断される場合もあるため、慎重に入力ください。

Q8-2：自分の受験経験を YouTube などで紹介したり、執筆活動やドキュメンタリーを作成してもよいでしょうか。

A8-2：自分の経験をもとに発表することについては問題ありませんが、選抜試験の内容・様子を記録（録音・撮影）したり、SNS 等で試験の内容について言及することについてはお控えください。

9) 処遇について

Q9-1：給与規程や就業規則等は公開されていますか。

A9-1：JAXA ホームページで確認できます。

https://www.jaxa.jp/about/disclosure/index_j.html

10) その他

Q10-1：書類選抜で実施する医学検査の自己負担額はどのくらいになるのでしょうか。

A10-1：検査項目はお示ししています。医学検査費用は病院によって値段が異なるため、検査項目を参照し、詳しくは自分が受診しようと思う病院にお問い合わせください。

Q10-2：女性の応募が推奨されているのでしょうか／女性枠はありますか。

A10-2：ぜひ女性の方々にもふるってご応募いただきたいと思います。ただし、応募者は等しい基準に基づいて評価しますので、女性枠は設定していません。

Q10-3：募集/選抜における新型コロナウイルス感染症対策はどのようになっているのでしょうか。

A10-3：人数が多い第1次選抜の段階までは各地域等での分散またはオンラインの実施を検討中です。それ以降についても、可能な限り密となる状況を避けるなど、感染症予防対策を徹底して実施いたします。

Q10-4：前回2008年の募集では、第二次選抜の合格者が、第三次選抜前までに推薦書を提出していましたが、今回は必要ないのでしょうか。

A10-4：推薦書の提出は、必要ありません。募集要項（13.その他）にある通り、第一次選抜以降においては、同意を得た上、JAXAから所属元や関係者に連絡や質問を行う場合があります。

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4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。

*：2/10付けで、「健康診断結果（健康診断書を含む）の提出」についてのみ期限を1か月間延長し、4月4日（月）正午までとしました。エントリーシートと健康状況申告の応募受付期間には変更はございません（期限：3月4日（金）正午まで）。

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。

For physicians

This health examination is required by Japan Aerospace Exploration Agency (JAXA) for the selection of astronaut candidates. The space environment is unusual because it is closed and isolated with microgravity (so-called zero gravity). To undergo a prolonged period of training and operation in unusual environments, the candidates need to maintain mental and physical health. Therefore, we request a thorough and accurate examination of the applicant. Please refer to the applicant's Health Evaluation Form at the health examination.

General examination

- When defects are found in four limbs or fingers, please evaluate their influence on the applicant's daily activity and report them in the "general examination" section.
- When dysfunctions (including surgical scars/adhesions, anomalies, long-term disabilities) are found, please evaluate their influence on the applicant's daily activity and report them in the "general examination" section.
- If you find a condition that can affect the applicant's health (e.g., myeloblasts in Leukocyte count), please explain the condition and recommend follow-up exams and treatments to the applicant. Please report such conditions in the "general examination" section of the form. (It is not required to report the results of follow-up exams and treatments.)

Visual acuity test

- If the applicant's uncorrected visual acuity is 20/20 or greater, corrected visual acuity does not need to be measured.
- Report diopter (D) of lens used for corrected visual acuity

Hearing test

- Applicant's hearing ability can be evaluated either by measurement in pure-tone audiometry (1000Hz, 4000Hz) OR by assessment (capable/incapable) of conversation with an examiner 2m behind the applicant.

マイページID

MY PAGE ID

Health Evaluation Form
健康状況申告Japan Aerospace Exploration Agency (JAXA)
国立研究開発法人 宇宙航空研究開発機構

Applicant's name and date of birth

1. 応募者の氏名、生年月日

フリガナ		(生年月日) Date of birth
氏名 Name		西暦

Applicant's current address

2. 応募者の現住所

フリガナ		
現住所 Current address	〒	
	Home phone 自宅TEL	Mobile 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

Present this form to the doctor at the medical examination

Date of data entry

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	

Medical history

各疾患の既往歴		Have you had?	Do you have now?	Have you had?		Do you have now?
疾患名 Diagnosis/Condition	過去に あった	現在 ある	疾患名 Diagnosis/Condition	過去に あった	現在 ある	
結核 Tuberculosis			蛋白尿 Proteinuria			
肺炎 Pneumonia			腎炎 Nephritis			
気胸 Pneumothorax			腎結石 Nephrolithiasis (Kidney stones)			
喘息 Asthma			性病 Sexually transmitted diseases			
慢性気管支炎 Chronic bronchitis			骨折 Bone fractures			
心筋梗塞 Myocardial infarction			腰痛症 Back pain			
狭心症 Angina			乗物酔い Motion sickness			
不整脈 Arrhythmia			メニエル病 Meniere's disease			
高血圧 Hypertension			副鼻腔炎 Sinusitis			
脳卒中 Stroke			糖尿病 Diabetes			
頭部外傷 Head injury			痛風 Gout			
失神または意識喪失 Loss of consciousness			花粉症 Pollen Allergy			
てんかん Epilepsy			薬物アレルギー Allergy to medication			
精神神経疾患 Psychiatric disorders			甲状腺疾患 Thyroid disease			
神経炎 Neuritis			膠原病 Connective tissue disease			
胃十二指腸潰瘍 Peptic or duodenal ulcer			癌 Cancer			
過敏性大腸症候群 Irritable bowel syndrome			卵巣のう腫 Ovarian cyst			
大腸ポリープ Colorectal polyps			子宮筋腫 Uterine myoma			
胆石症 Cholelithiasis (Gallstones)			先天性疾患 Congenital disorders			
肝疾患（肝炎など） Hepatic diseases (e.g., Hepatitis)			奇形、または何らかの 身体的機能障害 Anomalies or bodily dysfunction			
すい炎 Pancreatitis			機能障害を伴う外傷歴 Dysfunction due to injuries			
痔 Hemorrhoids						
その他疾患①： Other diagnoses/Conditions						
その他疾患②： Other diagnoses/Conditions						

喫煙歴 Tobacco use	<input type="checkbox"/> 吸わない Never smoker <input type="checkbox"/> 吸ったことがある。もしくは、現在吸っている。 Former or current smoker 1日 _____ 本 × 喫煙年数 _____ 年 = 喫煙指数 (_____) <small>Cigarettes per day Years of tobacco use Smoking index</small>
入院歴 Hospitalizations	<input type="checkbox"/> なし No <input type="checkbox"/> ある Yes (list below)
入院歴①	
入院歴②	
入院歴③	
入院歴④	
入院歴⑤	

手術歴 Operations	<input type="checkbox"/> なし No <input type="checkbox"/> ある Yes (list below)			
手術歴①				
手術歴②				
手術歴③				
手術歴④				
手術歴⑤				
家族歴 Family history	疾患名 Diagnosis/Conditions	父 Father	母 Mother	現在の状況 Current condition
	脳卒中 Stroke			
	心筋梗塞 Myocardial Infarction			
	心筋梗塞以外の心疾患 Other cardiac diseases			
	糖尿病 Diabetes mellitus			
	癌 Cancer			
	高血圧 Hypertension			
	結核 Tuberculosis			
	気管支喘息 Asthma			
その他 Other diseases				

内服歴 Medications	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある <small>No Yes</small> 現在常用している薬 <small>Current medication names</small>		
飲酒歴 Alcohol use	<input type="checkbox"/> 飲まない <small>Never</small> <input type="checkbox"/> 時々飲む (週____回) <small>Occasionally (__ times a week)</small> <input type="checkbox"/> 毎日飲む <small>Daily</small> <small>Beer bottles/cans Sake 6oz.</small> ビール____本 日本酒____合 <small>Whiskey glasses Other glasses</small> ウイスキー____杯 その他 () ____杯		
自覚症状 Symptoms	息切れがする <small>Shortness of breath</small>	血便や黒い便がでる <small>Bloody or black stool</small>	
	脈が乱れることがある <small>Irregular heart beat</small>	頭痛がしばしば起こる <small>Frequent headaches</small>	
	顔や手足がむくむ <small>Swelling of face, arms, or legs</small>	しばしばめまいがする <small>Frequent lightheadedness</small>	
	胸がしめつけられるような痛みがある <small>Squeezing chest pain</small>	不眠傾向がある <small>Insomnia</small>	
	咳や痰がよくでる <small>Frequent coughs and sputum</small>	腰痛がある <small>Back pain</small>	
	血痰がでる <small>Blood in sputum</small>	手足の関節痛がしばしばある <small>Joint pain</small>	
	多飲、多尿の傾向がある <small>Excessive drinking and urinating</small>	物が二重に見えることがある <small>Double vision</small>	
	手足がつりやすい <small>Frequent muscle strain in arms or legs</small>	暗いところで物が見えにくい <small>Night blindness</small>	
	指がよくふるえる <small>Frequent finger tremors</small>	耳鳴りがする <small>Tinnitus</small>	
	汗をかきやすい <small>Excessive sweating</small>	時々耳だれがでる <small>Occasional ear discharge</small>	
	最近急にやせてきた <small>Sudden loss of weight</small>	最近耳の聞こえが悪い <small>Recent hearing impairment</small>	
	胃がもたれる <small>Heaviness in stomach</small>	声がかすれる <small>Hoarseness of voice</small>	
	胸やけがしたり、げっぷがよくでる <small>Heartburn or frequent burps</small>	夜間、何度も排尿のために起きる <small>Nocturia</small>	
	吐き気がする <small>Nausea</small>	排尿後残尿感がある <small>Incomplete Bladder Emptying</small>	
	よく胃が痛む <small>Frequent stomach pain</small>	不正性器出血がある <small>Atypical genital bleeding</small>	
	しばしば下痢をする <small>Frequent diarrhea</small>	生理痛がひどい <small>Dysmenorrhea</small>	
	便秘しがちである <small>Frequent constipation</small>		
放射線作業 従事歴 <small>Career with radiation</small>	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある <small>No Yes</small>		
性別 Sex	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <small>Male Female</small> <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 Sex	生年月日 Date of birth	
氏名 Name					
Home address 現住所	Family name First name 〒		Home phone 自宅TEL	Mobile 携帯TEL	
身長 Height	cm	体重 Weight	kg	腹囲 Abdominal circumference	cm
				座高 Sitting height	cm
				血压 Blood pressure	/ mmHg
脈拍 Heart rate	回/分 beats/minute				
医師診察所見 General examination 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。 Report should include the followings: <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) Defects in limbs or fingers that affect daily activities Yes No 日常生活に支障のある機能障害 (有 ・ 無) Dysfunctions that affect daily activities Yes No 					
Ophthalmology 眼科	右 Right eye		左 Left eye		
遠距離視力(裸眼) Visual acuity (without correction)					
遠距離視力(矯正) Visual acuity (with correction)					
球面レンズ度数 Sphere	+ / - D		+ / - D		
円柱レンズ度数 Cylinder	+ / - D		+ / - D		
円柱レンズ軸 Axis	°		°		
石原色覚検査表 Ishihara color vision test	正常 Normal		異常 Abnormal		
Otolaryngology 耳鼻科 (下記の①・②のどちらかにご記入ください) Evaluate either 1 or 2					
①オーディオメーター (1) Audiometry	右 Right ear		左 Left ear		
1000Hz	dB		dB		
4000Hz	dB		dB		
②背後2mの距離で普通の会話 (2) Conversation with someone 2m behind	可能 Capable		不可能 Incapable		

Unnecessary if uncorrected visual acuity is 20/20 or higher

・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。

Report diopter (D) of lens used for corrected visual acuity

健康診断書 (宇宙飛行士候補者用)

血液検査 (血算) Complete Blood Count	WBC (白血球数)	$10^3/\mu\text{L}$	白血球分画 Leukocyte fraction (%)					
	RBC (赤血数)	$10^6/\mu\text{L}$	NEUT (好中球) Neutrophils (%)					
	Hb (ヘモグロビン)	g/dL	LYMPH (リンパ球) Lymphocytes (%)					
	Hct (ヘマトクリット)	%	MONO (単球) Monocytes (%)					
	Plt (血小板数)	$10^3/\mu\text{L}$	EOSINO (好酸球) Eosinophils (%)					
	Ret (網状赤血球) Reticulocyte fraction (%)	%	BASO (好塩基球) Basophils (%)					
血液検査 (アレルギー) Allergy	非特異的IgE定量 Nonspecific IgE		IU/mL (FEIA法もしくはCLEIA法) (FEIA or CLEIA method)					
血液検査 (凝固系) Coagulation	PT Prothrombin time	秒 seconds	aPTT activated partial thromboplastin time					
血液検査 (免疫血清) Serum	CRP C-Reactive Protein	mg/dL						
血液検査 (生化学) Biochemical	TP Total protein	g/dL	T-Bil Total bilirubin	mg/dL	Na	mEq/L	T-Cho Total cholesterol	mg/dL
	Alb Albumin	g/dL	AST (GOT)	U/L	K	mEq/L	HDL High-density lipoprotein	mg/dL
	BUN	mg/dL	ALT (GPT)	U/L	Cl	mEq/L	LDL Low-density lipoprotein	mg/dL
	Cre	mg/dL	LDH Lactate dehydrogenase	IU/L	Ca	mg/dL	TG Triglycerides	mg/dL
	UA (尿酸) Uric acid	mg/dL	γ -GTP	U/L	Mg Magnesium	mg/dL	FBS Fasting blood sugar	mg/dL
	CK Creatine Kinase	IU/L	ALP Alkaline phosphate (JSCC)	U/L	IP Inorganic phosphate	mg/dL	HbA1c Hemoglobin A1C	% (NGSP)
	AMY Amylase	IU/L	Fe Iron	$\mu\text{g/dL}$	TIBC Total iron binding capacity	$\mu\text{g/dL}$		
尿一般検査 Urinalysis	比重 Specific gravity		亜硝酸塩 Nitrite	(-) (±) (+以上)				
	pH		白血球 Leukocyte	(-) (±) (+以上)				
	蛋白定性 Protein	(-) (±) (+) (2+以上) (2+ or more)						
	尿糖 Glucose	(-) (±以上) (± or more)	尿沈渣 (以下3項目) Urinary sediment (3 items shown below)					
	ウロビリノーゲン Urobilinogen	(-) (±) (+) (2+以上) (2+ or more)	RBC (counts / HPF)	4 or less 5-9 10 or more				
	ケトン体 Ketone	(-) (±) (+以上) (+ or more)	赤血球 (個/HPF)	(-) 4個以下 5-9個 10個以上				
	潜血 Blood	(-) (±) (+) (2+以上) (2+ or more)	WBC (counts / HPF)	(-) 9 or less 10 or more				
		上皮細胞 (個/HPF)	less than 1 1 or more 1未満 1個以上					
Medical facility name 健康診断実施医療機関名								
Examination date 受診日 西暦 YYY 年 MM 月 DD 日								
医師氏名 (記名、捺印もしくは署名にてお願いします) Name and Signature of the doctor								
印								