

健康診断を実施する医師各位へ

下記は国際自動車競技に出場するドライバーのために国際自動車連盟（F I A）および一般社団法人日本自動車連盟（J A F）が定めた検査項目ですので、これに沿って診察を行って下さい。また結果は裏面の記入要領に沿ってまれなくご記入下さい。

1. 身長と体重

受診者の身長と体重を測定し記入して下さい。

2. 視覚検査

a) 視力

国際競技に出場するためには両眼とも**0.9以上の視力（片眼0.8で、片眼1.0でも可）**が必要ですが、これは矯正視力でも構いません。

ただし、コンタクトレンズは、12ヶ月以上にわたり毎日相当時間使用している実績がある場合にのみ使用が認められます。

b) 色覚

色覚異常（赤緑色盲または全色盲）がないこと。異常の疑いがある場合には石原色彩識別表、また明らかな異常のある場合には Farnsworth test もしくは同様の方式により評価して下さい。

c) 視野

静止時の視野が最低120°あり、中央の20°の視野はいかなる部分も損なわれていないこと。

d) 立体的視野

機能すること。疑いがある場合、Wirth、Bagolini（線状レンズ）もしくは同様のテストの実施により評価してください。

3. 血圧

血圧を測定し血圧値を記入して下さい（最高／最低）。

4. 心電図

2年毎に測定する必要があります。**45歳以下の場合には12誘導心電図のみ、46歳以上の場合は12誘導心電図に加えて負荷心電図による検査も行って下さい。**また、45歳以下の場合であっても12誘導心電図で異常があれば負荷心電図による検査を実施して下さい。異常については詳細を記入して下さい。

5. 運動機能

上肢、下肢、手指の自由な運動が50%を超えて阻害されていないこと。また欠損がないこと。いずれも異状については詳細を記入して下さい。

6～11の項目

記入要領を参照の上、ドライバーの自己申告に基づく問診によりご記入下さい。

12. 医師のコメント

総評または特記事項があればコメントを添えて下さい。

※ 本フォームへの記入は英語でお願いします。

※ 医師の氏名・病院名は主たる検査を行った方が記入して下さい。

本件に関するお問い合わせは下記までお願いします。

J A F モータースポーツ部 メディカルカード係 宛
〒105-0012 東京都港区芝大門1丁目1番30号 日本自動車会館10階
TEL : 03-3578-4936 FAX : 03-3578-4937