

- 医師各位
- 申請者

ANNUAL MEDICAL EXAMINATION 記入要領

JAF 提出用

ANNUAL MEDICAL EXAMINATION

1. [Height and Weight]
 Height : 170 cm Weight : 63 kg

2. [Blood]
 Blood group O Rh +
 Blood pressure Systolic : 108 Diastolic : 52

3. [Eye Sight] (*)
 Visual acuity Lt: 1 , Or: 1 , 2
 After correction Lt: Rt:
* Before or after correction, at least 0.9 for each eye, or 0.8 for one eye and 1.0 for the other.

Color vision Normal Abnormal (red-green/total color)
 Visual field Normal Abnormal
 Stereoscopic vision Normal Abnormal

4. [ECG] (*)
 12-lead electrocardiogram (ECG) Normal Abnormal
 Exercise Tolerance Test (ETT, 60 and over) Normal Abnormal
 Date of examination: 1 (day) / 11 (month) / 2022 (year)
 Details:
*ECG: 59 or under are within the last 36 months /60 or over are within the last 12 months.
 *ETT: 60 or over are within the last 12 months.


5. [Past history/Infection/Chronic Disease]
 Epilepsy Yes No
 Cardiac disease Yes No
 Others/details: _____

6. [Allergic Disorder] yes(_____) No

7. [Musculoskeletal System]
 Upper extremities Normal Abnormal (Lt/Rt)
 Lower extremities Normal Abnormal (Lt/Rt)
 Hands and fingers (gripping function in both hands is unimpaired) Normal Abnormal (Lt/Rt)
 Details: _____

8. [Medication] (*)
* Diabetes being treated with insulin or sulfonylureas, on condition that a confidential document proving the regular supervision of the party concerned and indicating the nature of his treatment is submitted to the medical body approved by JAF.

9. [Date of the last anti-tetanus vaccination]
 _____ (day) / _____ (month) / _____ (year)

10. [Comments of doctor]
Nothing particular
 Date of clinical examination: 2022.11.1
 Signature or stamp of doctor: Ichiro SATO 
 Name of clinic or hospital: JAPAN CLINI
 Phone: 03-3578-

The information given to the doctor regarding my present state of health and previous medical history is correct.
 I undertake not to use any substance included on the World Anti-Doping Agency list of prohibited substances and methods.
 I undertake to advise my ASN without delay of any significant change in my state of health:
 - from a medical point of view, including any medication being taken for more than three weeks,
 - from a traumatology point of view, whether or not the accident is followed by a period off work and whether or not it is linked to the practice of motor sport.
 Driver's signature: _____
 License No: _____
 Date of Birth: _____ (day) / _____ (month) / _____ (year)
 National: _____

20221101

- 身長と体重
- 血圧 (最高/最低)
- 視力
矯正後視力(矯正の種類を選択)
- ※両眼とも0.9以上または片眼0.8、片眼1.0の視力(矯正視力可)。
- 色覚: 異常の有無
異常がある場合その種類
- 視野: 異常の有無(最低12° 中央20°)
- 立体的視野: 異常の有無
- 心電図
- 12誘導心電図: 異常の有無
- 負荷心電図: 異常の有無(60歳以上)
- 心電図を測定した日

- 既往症または伝染病の有無
てんかんの有無
心疾患の有無
- アレルギーの有無

※記入漏れのないようご注意ください。

以下の項目 5. 6. 8. 9 については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。

- 上肢の運動障害および欠損の有無
- 下肢の運動障害および欠損の有無
- 手指の運動障害および欠損の有無
- 薬物の使用
- 最後に抗破傷風ワクチンを ※接種は任意。接種した日 分かる場合のみ記入。
- 総評または特記事項
- 診察年月日
- 医師署名あるいは捺印
- 診察を行ったクリニックまたは病院の名称と連絡先
- 申請者はこのフォームの下部に、次の事項について宣誓する署名を行わなくてはならない。
 - 医師に申告した現在の健康状態および既往症(病歴)に間違いのないこと。
 - 世界アンチ・ドーピング機構の禁止物質および禁止方法のリストに含まれる、いかなる物質も使用していないこと。
 - 所属するASNに自身の健康状態に重大な変化がないことを遅滞なく知らせる義務を負う:
 - 医療の観点から、3週間以上受けているいかなる薬物投与を含む。
 - 外傷学の観点から、事故により一定期間休んだかどうか、また、その傷害
- 本人署名欄
ライセンスNo
生年月日(日/月/年)
国籍