

小型船舶操縦士身体検査証明書

(申請者記入)

氏名(ふりがなをつけること。)		性別
		男 女
出生の年月日	更新をし、又は再交付を受けようとする操縦免許証に係る資格又は、受けようとする試験の種類	
年 月 日	一級・二級・特殊小型船舶操縦士	
現住所		
〒 — —		

(写 真)

次のような写真を
はり付けること。

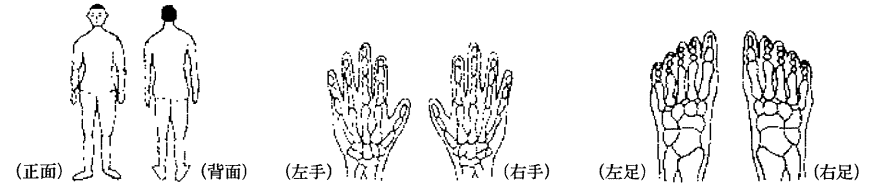
1.縦45mm
横35mm

2.申請日前6ヶ月以内撮影

3.無帽、正面上半身

(2) 身体機能の障害の部位(身体機能の障害がある者の場合のみ記入)

切断部位は—、障害部位は▨により図示すること。



(3) 運動機能(身体機能障害がある者の場合のみ記入)

① 関節の屈伸

手指の屈伸	できる	できない
手の屈伸	できる	できない
膝の屈伸	できる	できない
歩行	できる	できない

② 障害のある関節(関節の屈伸のいずれかができなかった者の場合のみ記入)

手関節	肘関節	肩関節
左 右	左 右	左 右
股関節	膝関節	足関節
左 右	左 右	左 右

(医師又は検査員記入)

1. 視 力

視力 (矯正で可)	左	右
視野 (矯正をしても一眼が0.5未満のものの場合のみ記入)	左	右

2. 色 覚

(更新又は失効再交付に係る者の場合は記入不要)

正 常	そ の 他
-----	-------

3. 聴 力

5mの話声語の弁別	可	不可
上欄の5mの話声語の弁別について「不可」の者には汽笛の音の弁別(医師が検査を行う場合は記入不要)	可	不可

4. 疾 病

疾病の有無	病名及び程度(疾病のある者の場合のみ記入)	業務への支障
有 無		有 無

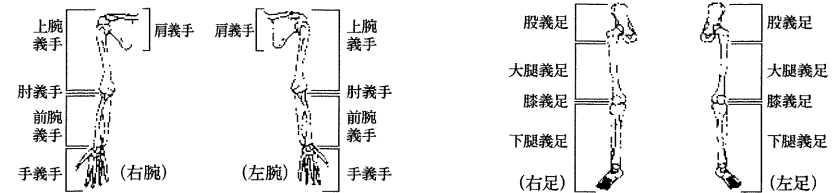
5. 身体機能の障害

(1) 身体機能の障害の有無

身体機能の障害の有無	障害の内容及び程度	
有 無		
握力(両手の手指に障害のある者の場合のみ記入)	左	右
	kg	kg

(4) 義手義足(義手又は義足を装着している者の場合のみ記入)

義手義足を装着している部分を▨により図示すること。



6. 医師又は検査員所見 (受検者の小型船舶操縦者としての業務又は操縦について指摘すべきことがあれば記入)

船舶職員及び小型船舶操縦者法施行規則別表第9の検査項目について 年 月 日
検査を行った結果、上記のとおりであることを証明します。

医師又は検査員の氏名
医療機関又は講習機関の名称、
所在地及び連絡先

この記入要領は必ず医師に見せて下さい 身体検査を受ける前に、必ずお読み下さい

記入要領(例) 下記(2)(3)(4)は5(1)身体機能の障害の有無で検査結果が「有」と記入された場合に所要項目に記入

第23号様式(第80条、第85条、第99条関係)(日本産業規格A列4番)

小型船舶操縦士身体検査証明書

申請者の記入欄

(申請者記入)	
氏名(ふりがなをつけること。)	性別 男 女
出生の年月日	更新をし、又は再交付を受けようとする操縦免許証に係る資格又は、受けようとする試験の種類
年 月 日	一級・二級・特殊小型船舶操縦士
現住所	
☎ — —	

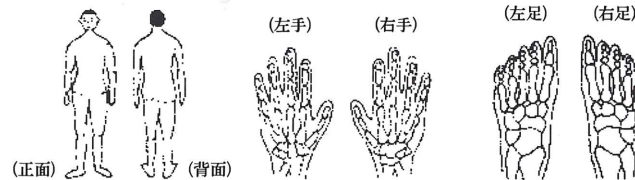
写真を枠からはみ出さないように必ず貼って受診して下さい。

(写 真)

次のような写真ははり付けること。

- 縦45mm 横35mm
- 申請日前6ヶ月以内撮影
- 無帽、正面上半身

(2) 身体機能の障害の部位(身体機能の障害がある者の場合のみ記入) 切断部位は—、障害部位は■により図示すること。



(3) 運動機能(身体機能障害がある者のみ記入)

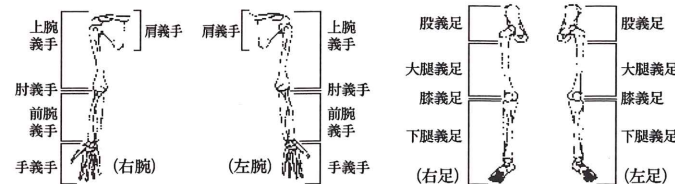
① 関節の屈伸

手指の屈伸	できる	できない
手の屈伸	できる	できない
膝の屈伸	できる	できない
歩行	できる	できない

② 障害のある関節(関節の屈伸のいずれかができなかった者の場合のみ記入)

手関節	肘関節	肩関節
左 右	左 右	左 右
股関節	膝関節	足関節
左 右	左 右	左 右

(4) 義手義足(義手又は義足を装着している者の場合のみ記入) 義手義足を装着している部分を■により図示すること。



6. 医師又は検査員所見 (受検者の小型船舶操縦者としての業務又は操縦について指摘すべきことがあれば記入)

船舶職員及び小型船舶操縦者法施行規則別表第9の検査項目について検査を行った結果、上記のとおりであることを証明します。

お医者様へのお願い

- 視力等所要の項目について、もれなくご記入願います。
- 視力については裸眼又は矯正視力が0.5未満のときは、0.5が見える眼の視野角度を記入願います。
- ※当該視野角度の合格基準は150°以上となっています。
- 聴力検査では補聴器の使用は可となっております。
- 5身体機能の障害(1)身体機能の障害の有無で「有」との該当者については、所要の項目についてご記入願います。

受講生様へのお願い

- 写真は枠からはみ出さないように必ず貼ってから受診してください。
- 色覚が「その他」の場合は事務所までお問い合わせください。
- 疾病の内容によっては専門医の診断書が必要になる場合があります。

(医師又は検査員記入) 電話番号も記入して下さい。

1. 視 力

視 力 (矯正で可)	左	右
視 野 (矯正をしても一眼が0.5未満のものの場合のみ記入)	左	右

2. 色 覚

(更新又は失効再交付に係る者の場合は記入不要) ※その他に○が付いた方は受講申込み事務所までご相談下さい。

正 常	そ の 他
-----	-------

3. 聴 力

5mの話し声の弁別	可	不可
上欄の5mの話し声の弁別について「不可」の者については汽笛の音の弁別(医師が検査を行う場合は記入不要)	可	不可

4. 疾 病

疾病の有無	病名及び程度(疾病のある者の場合のみ記入)	業務への支障
有 無		有 無

5. 身体機能の障害

(1) 身体機能の障害の有無

身体機能の障害の有無	障害の内容及び程度
有 無	
握 力 (両手の手指に障害のある者の場合のみ記入)	左 kg 右 kg

医師又は検査員の氏名
医療機関又は講習機関の名称、
所在地及び連絡先

忘れずに必ず記入して下さい。
(電話番号も記入して下さい。)

年 月 日

身体検査合格基準

- 視力…矯正視力を含め両眼とも0.5以上 但し、一眼の視力が0.5未満でも次の要件に適合すれば良い。
•他眼の視力が0.5以上で、かつ視野が左右150度以上
- 色覚…色盲又は色弱でないこと(注)色弱の方は、別に検査します。
- 聴力…5mの話し声の弁別ができること 但し、補聴器の使用可
- 疾病…小型船舶操縦者としての業務への支障がないこと
- 身体機能…障害があっても、その程度により受検可