

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別	
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



※写真の割印は、医師、又は審査員の押印とする。

(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0.6未満のものの場合のみ記入)	左	右

2.弁 色 力

(更新又は失効再交付の場合は記入不要)

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」の者にあっ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

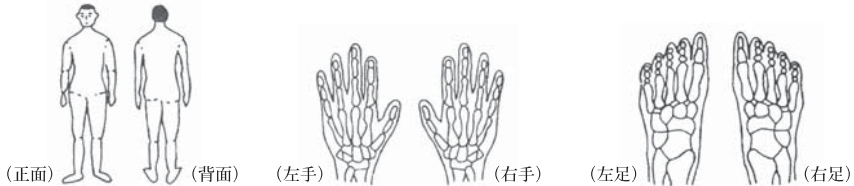
5.身体機能の障害

(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

(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

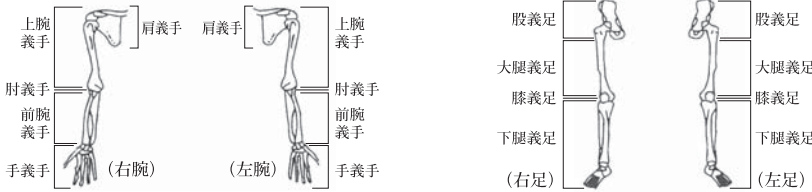
手 指 の 屈 伸	で き る	で き な い
手 の 屈 伸	で き る	で き な い
膝 の 屈 伸	で き る	で き な い
歩 行	で き る	で き な い

② 障害のある関節 (関節の屈伸お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 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
及 び 所 在 地



第23号様式(第80条、第85条、第99条関係)(日本工業規格A列4番)

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
まつ なが た ろ う 松永 太郎		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	
昭和 56 年 7 月 8 日	一級・二級・特殊小型船舶操縦士	
現 住 所		
広島県福山市松永町4丁目15-83 ☎ 084 — 933 — 1929		

(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

割
印

※写真の割印は、医師又は審査員の押印とする。
医師の割印
右下と同じ印

(医師又は検査員記入)

1.視 力

視力が片眼0.6未満の場合は、
良い方の目の視野を記入する

視 力 (矯 正 で 可)	左 0.4	右 0.6
視 野 (矯正をしても一眼が0.6未満のものの場合のみ記入)	左	右 150度

2.弁 色 力

(更新又は失効再交付の場合は記入不要)

正 常	そ の 他
-----	-------

海技士(航海)又は、小型船舶操縦免許受
有者は、記入不要です。
正常以外の場合は、その他に○のみ記入

3.聴 力

補聴器 使用可	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

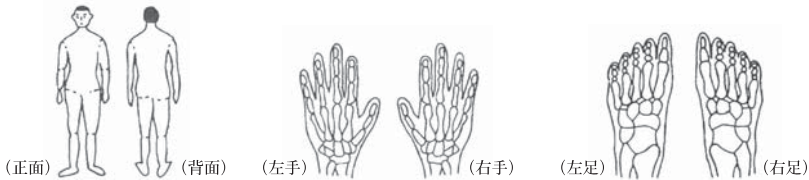
(1)身体機能の障害の有無

身体機能の障害の有無	障 害 の 内 容 及 び 程 度	
有 無	障害が有の場合は、その内容及び程度を詳しく記入し、 右欄の(2)、(3)又は(4)についても、正確に記入し て下さい。	
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

記 入 要 領 (例)

(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

医師へのお願い

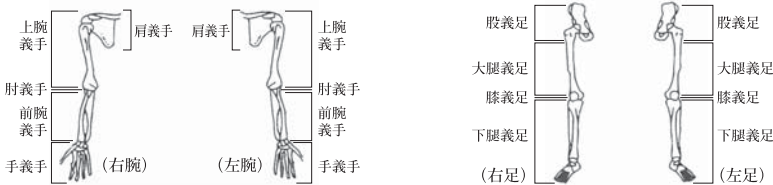
●写真の割印、訂正印、氏名印は、
検査を行った医師が同一の印を
鮮明に押して下さい。

②障害のある関節(関節の屈伸お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 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
及 び 所 在 地

記 入
(電話番号も記入してください)

印

身体検査合格基準

- 1.視力…矯正視力を含め両眼とも0.6以上
但し、一眼の視力が0.6未満でも次の要件に適合すれば良い。
①他眼の視力が0.6以上 ②他眼の視野が左右150度以上
- 2.弁色力…色盲又は色弱でないこと(注)色弱の方は、別に検査します。
- 3.聴力…5mの話声語の弁別ができること
但し、補聴器の使用可
- 4.疾病…小型船舶操縦者としての業務への支障がないこと
- 5.身体機能…障害があっても、その程度により受検可