

【重要】この記入要領は必ず医師に見せて下さい。 小型船舶操縦士身体検査証明書 記入要領

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) ↓この欄は申請者ご本人が記入して下さい。

氏 名(ふりがなをつけること) ようせい たろう		性 別 男 女
出 生 年 月 日 昭和39年 9 月 18 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 一級・二級・特殊 小型船舶操縦士	
現 住 所 〒 559 - 0032 ☎ 06 (6612) 4936 大阪 都道府県 大阪市住之江区南港南2-1-51		

(医師又は検査員記入)

1. 視 力	視 力 (矯正可)	左 0.5 右 0.4
	視 野 (矯正をしても一眼が0.5未満の者の場合のみ記入)	左 150° 右

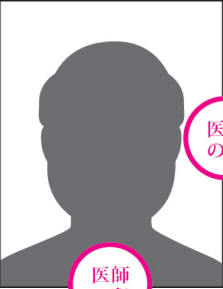
2. 色 覚	矯正視力でも、一眼の視力が0.5未満の場合、0.5以上見える眼の視野角度を必ず数値でご記入下さい。(合格基準150°以上)
(更新又は失効再交付の場合は記入不要)	正 常 其 他

3. 聴 力	色覚検査の結果が「その他」の場合、当協会へご相談下さい。	補聴器使用可
5 m 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	

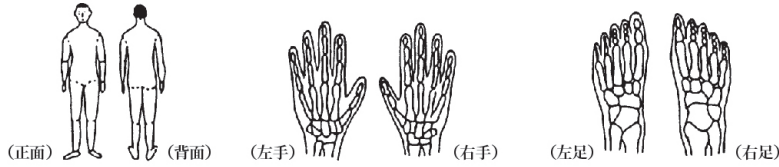
4. 疾 病	疾病の有無	病名及び程度 (疾病のある者の場合のみ記入)	業務への支障
	有 無		有 無

5. 身体機能の障害	(1)身体機能の障害の有無	障 害 の 内 容 及 び 程 度
	有 無	障害がある場合、右欄の(3)運動機能もご記入下さい、併せて、右欄の(2)、(4)についても、所要項目にご記入下さい。
	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

必ず、写真を貼ってから検査を受けて下さい！



(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 ZZZZ により図示すること。



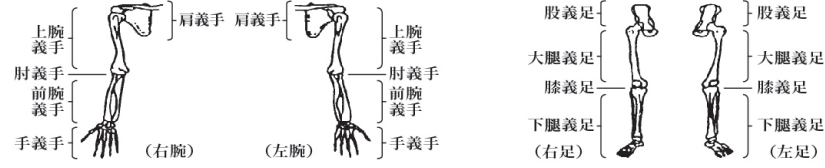
(3)運動機能 (身体機能に障害のある者の場合のみ記入)

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

(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 ZZZZ 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。
--

検査を行った日

平成29年 1 月 1 日

必ず写真の割印と同じ印を押印して下さい。

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

医師の氏名、医療機関の名称、住所を記名
押印又は署名下さい。電話番号もご記入
願います。

医師
の印

身体検査基準

●視力
両眼とも0.5以上であること。
(矯正可)但し、一眼の視力が0.5未満の場合は、他眼の視野が左右150°以上であること。

●色覚
検査結果が「その他」の場合、当協会において「灯色検査」を行います。この検査に合格しない場合であっても、別の「塗色検査」で合格した場合は、航行できる時間を限定した免許を取得できます。いずれの検査も不合格の場合、受講できません。

●聴力
5m以上の距離で話声語(普通の大さの声)又は汽笛音が弁別できること。(補聴器使用可)

●疾病
心肺機能や脳神経系に関する疾病、眼疾患等がある方は、専門医の診断書が必要になる場合があります。(完治した病名は記入不要です。)

●身体機能の障害
軽症で業務に支障をきたさないと認められること。ただし、障害の程度により、国家試験機関による検査での合格が必要になる場合があります。詳細はお問合せ下さい。

医師へのお願い

- 1、右の身体検査基準を参考に、各項目もれなくご記入下さい。訂正する場合は二本線を引き、必ず訂正印(写真の割印と同じもの)を押印して下さい。
- 2、写真の割印は2か所に、できる限り鮮明な押印をお願いいたします。
- 3、ご不明な点あれば、当協会へお問合せ下さい。

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 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		
〒 ー 都 道 府 県 ()		

※写真の割印は、医師又は検査員の押印とする。

(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月以内撮影
3.無帽、無背景、正面上半身

(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未満の者の場合のみ記入)	左	右

2. 色 覚

(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

5 m 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」の者にあつては 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

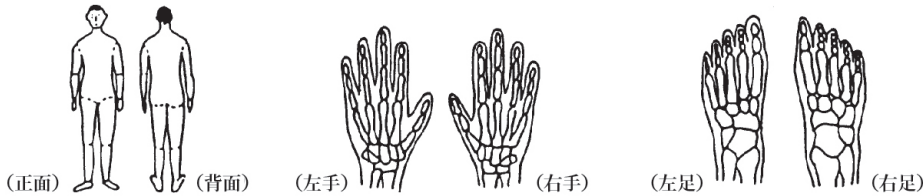
疾病の有無	病名及び程度 (疾病のある者の場合のみ記入)	業務への支障
有 無		有 無

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 (身体機能に障害のある者の場合のみ記入)

①関節の屈伸

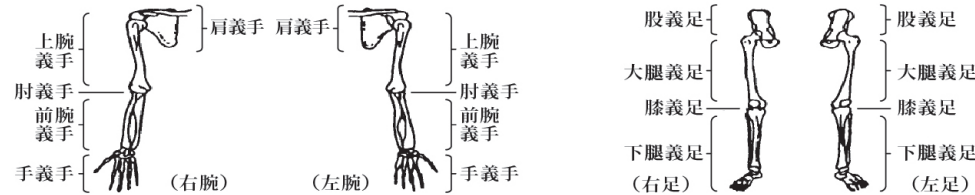
手指の屈伸	できる	できない
手の屈伸	できる	できない
膝の屈伸	できる	できない
歩 行	できる	できない

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

(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

