

# 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)

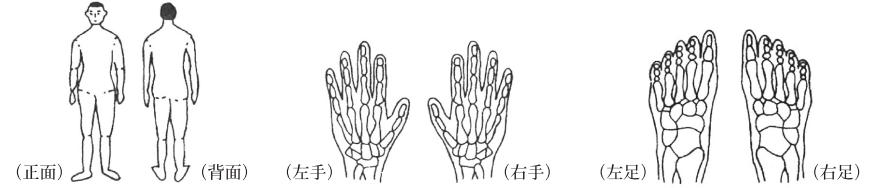
次のような写真を  
はり付けること。

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

( 割 印 )

※写真の割印は、医師、又は審査員の押印とする。

(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

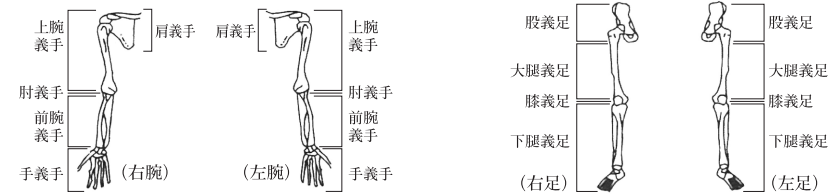
手指の屈伸	できる	できない
手の屈伸	できる	できない
膝の屈伸	できる	できない
歩行	できる	できない

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

**(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	生涯の内容及び程度
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

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

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)

記入要領(例)

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 <b>松永 太郎</b>		男 <input checked="" type="radio"/> 女 <input type="radio"/>
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		

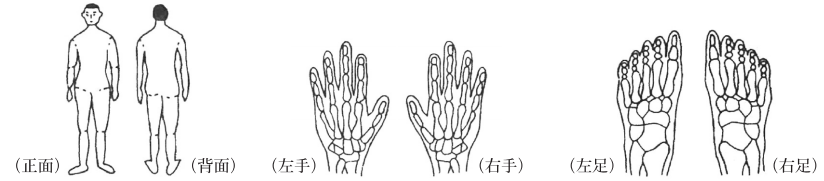
(写真)

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

※写真の割印は、医師、又は審査員の押印とする。

(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

(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、  
良い方の目の視力を記入する

割印  
医師の割印  
右下と同じ印

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)

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

正 常  そ の 他

3. 聴力

補聴器 使用可	5mの話し声の弁別	可 <input checked="" type="radio"/>	不可 <input type="radio"/>
上欄の5mの話し声の弁別について「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 <input type="radio"/>	不可 <input type="radio"/>

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 <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/>		有 <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/>

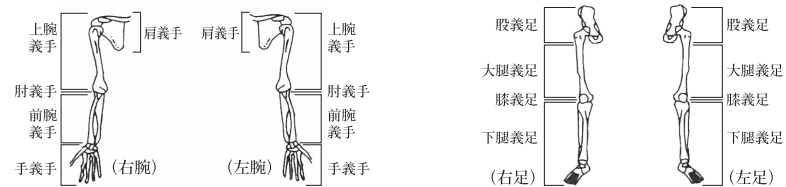
5. 身体機能の障害

(1) 身体機能の障害の有無

身体機能の障害の有無	生涯の内容及び程度
有 <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/>	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

(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の話し声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、その程度により受験可