

# 小型船舶操縦士身体検査証明書記入要領(例)

## 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別	
年 月 日	級 小型船舶操縦士	
現 住 所		
〒 -		
TEL ( )		

写真貼って医師の診断を受けて下さい。

(写真) 次のような写真をはり付けのこと。  
 1 縦 45mm  
 横 35mm  
 2 申請日前 6 月以内撮影  
 3 無帽、正面上半身

※写真の顔印は、医師又は検査員の押印とする。

写真に医師の割印が必要です。

(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  により示すこと。




(3) 運動機能 (身体機能の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

(4) 義手義足 義手又は義足を装着している者のみ記入)  
 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)

同一の印で  
 お願いします

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。

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

忘れずに記入してください。  
 (電話番号も記入してください)

### 医師へのお願い

- 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0.6未満のときは、0.6が見える眼の視野角度を記入願います。  
 ※該当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。
- 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ください。但し氏名印については、署名に代えることができます。

### 左右数字を記入

該当検査結果を○で囲む

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に係る者の場合は記入不要)

正 常	そ の 他
-----	-------

3 聴 力

5 m の 話 声 の 弁 別	可	不可
上欄の5mの話声の弁別について「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

小型船舶操縦士身体検査証明書


(申請者記入)

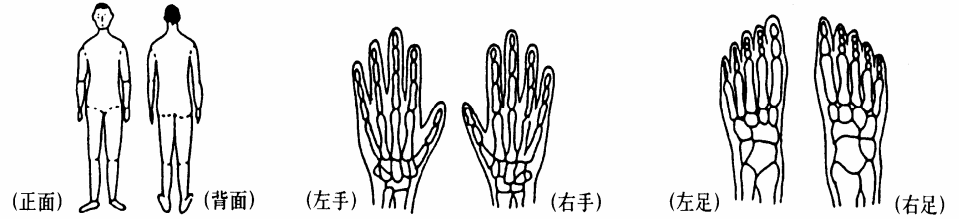
氏 名 (ふりがなをつけること)		性 別
		男 女
出 生 年 月 日	更新をし、又は再交付を受けようとする操縦免許証に係る資格又は受けようとする試験の種類	
S. 年 月 日	一 級	
H. 年 月 日	二 級 小型船舶操縦士	
	特 殊	
現 住 所		
〒 都 道 府 県 ( )		

(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、正面上半身



※写真の割印は、医師又は検査員の押印とする。

(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(身体機能の障害がある者の場合のみ記入)


①関節の屈伸

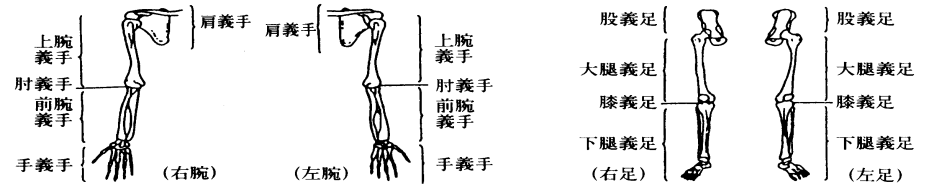
手指の屈伸	できる	できない
手の屈伸	できる	できない
膝の屈伸	できる	できない
歩 行	できる	できない

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

(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。



(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

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

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平成 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

