

★この用紙は、必ず身体検査証明書と一緒に医師に見せて下さい。

医師へのお願い

- (1) 当身体検査証明書の作成については、特に指定医はなく、どちらの医院（歯科医を除く）でも良いことになっています。
- (2) 各項目をもれなく正確にご記入ください。尚、訂正する場合は二本線を引き、必ず訂正印を押してください。（修正液での訂正は不可）
- (3) この証明書は受講生の現時点での検査結果をご記入ください。完治されている病歴等の御記入は必要ありません。

身体検査合格基準

※1.視力…視力（矯正視力を含む）が両眼とも0.5以上
 一眼が矯正しても0.5未満の方は、他眼（視力0.5以上の眼）の視野が150°以上あること。

※2.色覚…夜間において船舶の灯火の色を識別できること。
 [その他]に○がついた方は、受講者ご本人で事前にご相談ください。

※3.聴力…5m以上の距離で和声語を弁識できること。

※4.疾病…業務への支障がないこと。
 脳・精神機能の障害、心肺機能に関する疾病がある場合は専門医の診断書が必要となる場合があります。

小型船舶操縦士身体検査証明書

申請者が記入

(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	小型船舶操縦士	
現住所		
〒 ()		

消せるボールペンの使用は不可

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

(医師又は検査員記入) 下記※1参照

1 視力

視力 (矯正で可)	左	右
視野 (矯正しても一眼が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に係る者の場合は記入不要)

正常	その他
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3 聴力

5mの話し語の弁別	可	不可
上欄の5mの話し語の弁別について「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	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
---	----	---	----

該当するものに○印を付けてください。

(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 [] 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)

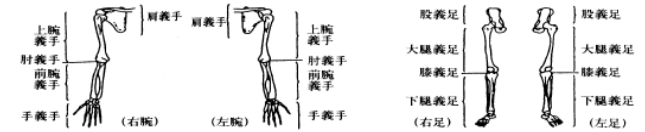
①関節の屈伸

手指の屈伸	できる	できない
手の屈伸	できる	できない
肘の屈伸	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。

年 月 日

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ください。
 電話番号も必ず記入してください。