# 小型船舶操縦士身体検査証明書記入要領（例）

・この記入要領は必ず医師に見せて下さい。
・必ず先に写真を貼布し、受診して下さい。

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）

## 小型船舶操縦士身体検査証明書

（申請者記入）

申請者の記入欄

| 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別 |
| 年　　月　　日 | 小型船舶操縦士 |
| 現　　住　　所 | |
| 〒<br>電話（　　）　　－ | |

（　写　真　）
次のような写真をはり付けること。
1．縦4.5cm
　横3.5cm
2．申請日前6月以内撮影
3．無帽、正面上半身

電話番号も記入して下さい。

（医師又は検査員記入）

1．視　力

左右数字を記入

| 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 |
|---|---|

該当検査結果を○で囲む

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

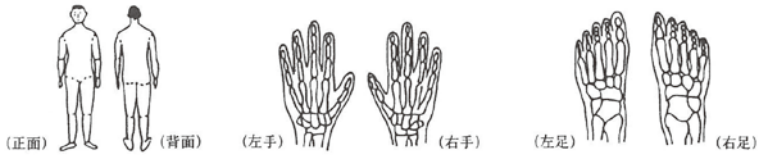
| 疾病の有無 | 病名及び程度（疾病のある者の場合のみ記入） | 業務への支障 |
|---|---|---|
| 有　無 | | 有　無 |

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 |

下記（2）（3）（4）は5（1）身体機能の障害の有無で検査結果が「有」と記入された場合に所要項目に記入

（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。



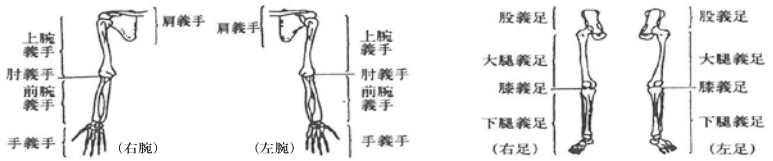

(3)運動機能（身体機能の障害がある者の場合のみ記入）
①関節の屈伸

| 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。




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下さい。
（電話番号も必ず記入して下さい。）

### 医師へのお願い

（1）視力については一眼の裸眼又は矯正視力が0.5未満のときは、0.5が見える眼の視野角度を記入願います。
※当該視野角度の合格基準は150°以上となっています。
（2）聴力検査では補聴器の使用は可となっております。
（3）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。
（4）訂正箇所は、二重線を引いて訂正事項を記入願います。

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 |
|---|---|
| | 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別 |
| 年　　月　　日 | 小型船舶操縦士 |
| 現　　住　　所 | |
| 〒<br><br>電話（　　）　　－ | |

（　写　真　）
次のような写真をはり付けること。
1．縦4.5cm
　横3.5cm
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）

## 1．視　力

| | | |
|---|---|---|
| 視　　力<br>（矯正で可） | 左 | 右 |
| 視　　野<br>（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 |

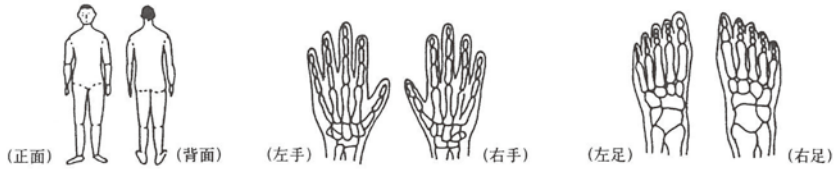
## 5．身体機能の障害

(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

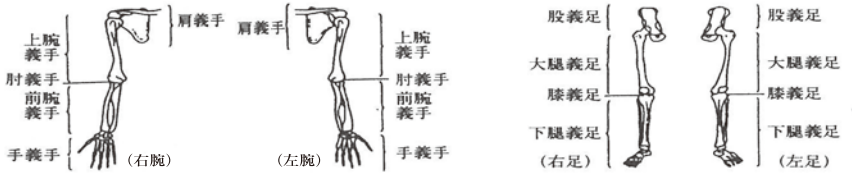
| | | |
|---|---|---|
| 手指の屈伸 | できる | できない |
| 手の屈伸 | できる | できない |
| 膝の屈伸 | できる | できない |
| 歩　　行 | できる | できない |

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。




## 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