

# 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	小型船舶操縦士	
現 住 所		
〒 ー ( )		

(写 真)  
 次のような写真をはり付けること。  
 1 縦 45mm~30mm  
 横 35mm~24mm  
 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 (矯正で可)	左	右
視 野 (矯正をしても一眼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
-----	-------

## 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」の者であって汽笛の音の弁別 (医師が検査を行う場合は記入不要)	可	不可

## 4 疾 病

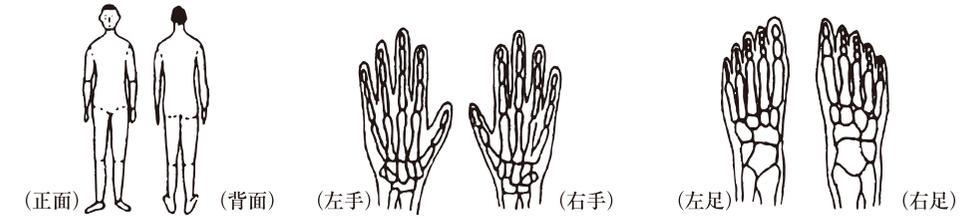
疾病の有無	病 名 及 び 程 度 (疾病のある者の場合のみ記入)	業 務 へ の 支 障
有 無		有 無

## 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	k g	右 k g

(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

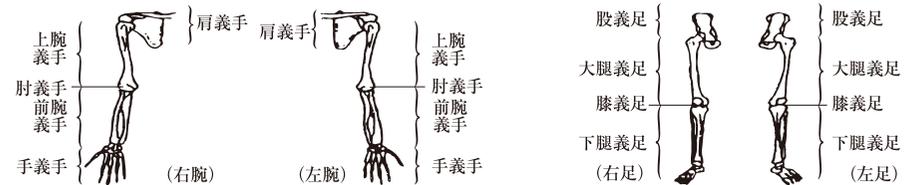
手指の屈伸	できる	できない
手の屈伸	できる	できない
膝の屈伸	できる	できない
歩 行	できる	できない

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 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  
 所在地及び連絡先

# 見本

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 (例)

**(申請者記入)**

氏名 (ふりがなをつけること。)	性別
船 船 太 郎	男
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
昭和48年 6月 26日	小型船舶操縦士
〒 456 - 8555	現 住 所
名古屋市熱田区尾頭町 2番 22号	
☎ 052 ( 683 ) 2212	

(写真)

次のような写真をはり付けること。

1 縦 45mm~30mm  
横 35mm~24mm  
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 (矯正で可)	左	右
視野 (矯正をしても一眼も未達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

「その他」を判断された場合さらに眼科医による精密な器具(パネルD-15)で再検査のうえ診断書を提出すること。

**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」の者において汽笛の音の弁別 (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      k g      右      k g



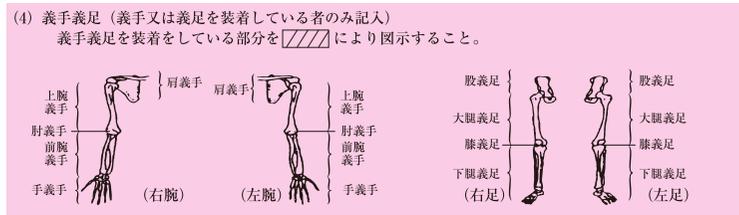
(3) 運動機能 (身体機能の障害がある者の場合のみ記入)

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



**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  
所在地及び連絡先

必ず記入してください。  
(電話番号も記入してください)

**医師へお願い**

- 当小型船舶操縦士身体検査証明書の作成については、特に指定医はなく、どちらの病院(歯科は除く)でも良いことになっています。
- 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。
- 色覚検査は、正常以外の判定となった場合、専門医(眼科医)によるパネルD-15の精密検査が必要です。
- この記入要領は、小型船舶操縦士の受験用のものです。他の試験には使用できません。ご注意ください。

○は囲むこと

この着色の部分は  
該当者のみ記入

西暦で記入してください