

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に係る資格又は受けようとする試験の種類	
昭和・平成 年 月 日	1級・2級・特殊 小型船舶操縦士	
現住所		
TEL		

たて4.5cm
よこ3.5cm
正面脱帽6月
以内撮影写真を貼る
割印は医師

医師割印
服と干渉する場合適宜位置変更可

(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0.5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	いずれか○で囲む
----	-----	----------

3.聴力

5m の話声語の弁別	話声語とは通常会話	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 (医師が検査を行なう場合は記入不要)		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

いずれか○で囲む

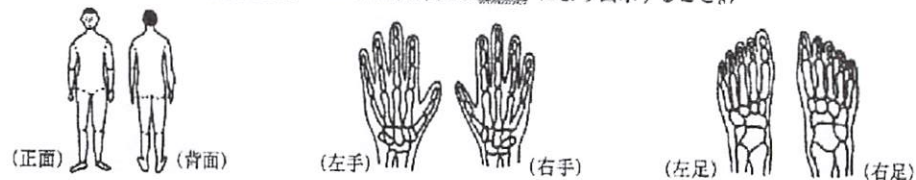
5.身体機能の障害

(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 (身体機能障害の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 (身体機能の障害のある者の場合のみ記入)

①関節の屈伸 (いずれか○で囲む)

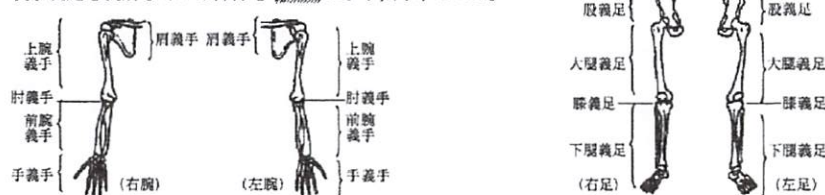
手指の屈伸	できる	できない
手の屈伸	できる	できない
膝の屈伸	できる	できない
歩行	できる	できない

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) (いずれか○で囲む)

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8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 所在地
医療機関又は講習機関の名称 医療機関名
及び所在地 医師名
連絡先

医師割印

この印で写真割印願います。

訂正印もこの印で

修正液・テープ不可

印鑑は 証明・割印 がまったく同じでなければなりません。

記載についてのお問い合わせ 国土交通省登録小型船舶教習所 高橋海事事務所 052 654 7677