

海技士身体検査証明書 船員法指定医に限る

(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海技免状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		
現住所		
TEL		

たて3.0cm
よこ3.0cm
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

(指定医師記入)

1.視力

裸眼視力	左	右	海技士(機関)は両眼で可 両眼
(矯正視力)	()	()	()

2.色覚 **いずれか** で困む 石原式で正常でなければパネルD-15で検査

正常	パネルD-15	(Pass · Fail)	その他 ()
----	---------	-----------------	---------

3.聴力

5mの話声語の弁別	いずれか で困む	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)	勤務への支障
有 無 いずれか で困む		有 無 いずれか で困む

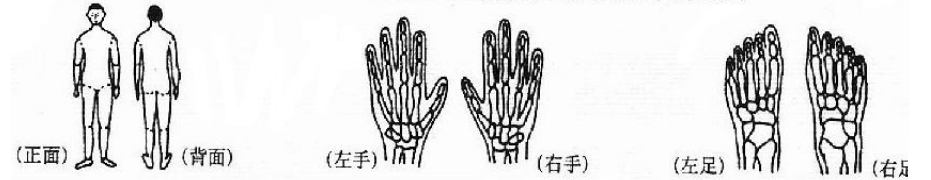
5.身体機能の障害

(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 いずれか で困む	
握力(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)

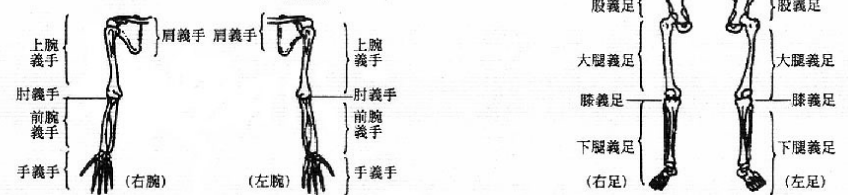
関節の屈伸 **いずれか** で困む

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

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** で困む

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

義手義足を装着している部分を■■■■により図示すること。



6.指定医師所見 (受検者の船舶職員としての勤務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3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。

指定医師の氏名 所在地
医療機関の名称及び所在地 医療機関名
指定医師名
連絡先

医師割印

印鑑は 証明・割印 訂正印が全て同じでなければなりません。訂正は 修正液・テープ不可。
記載についてのお問い合わせ 国土交通省登録 高橋海事事務所 052 654 7677