

# 記入要領(例)

第23号様式(第80条、第85条、第99条関係) (日本工業規格A列A版)

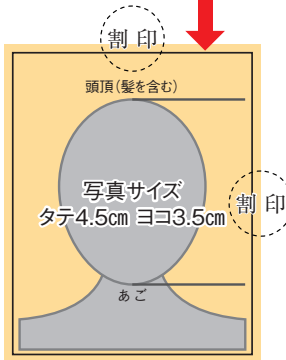
## 小型船舶操縦士身体検査証明書

(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	
S H 年月日	一級・二級・湖川・特殊	
現住所		
〒 都道府県 ( )		

→必ず記入して行くこと

必ず写真を貼ってから  
病院へお持ちください



※写真の割印は、医師又は検査員の押印とする。  
↑写真を貼って医師の診断を受けて下さい。写真に医師の割印が2か所必要です。

(医師又は検査員記入)

### 1. 視力

視力 (矯正で可)	左 1.5	右 0.4
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 150°	右

↑一眼の視力が矯正視力でも0.5未満の時、0.5以上ある眼の左右水平視野角度を数値で記入してください。(150°以上が必要)

### 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
----	-----

↑色覚がその他の場合は、灯色検査を当運盟にて行います。

### 3. 聴力

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	完治している病名は記入しないでください	有 無

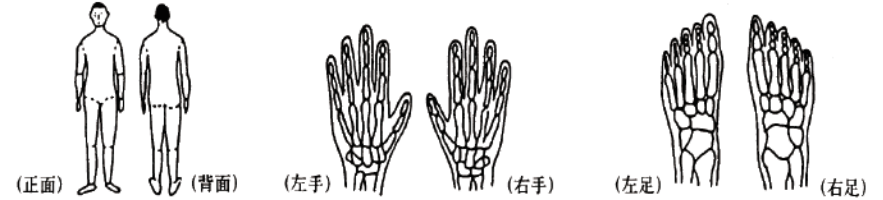
↑心臓・脳・神経系・眼疾患の疾病がある場合は専門医の診断書が必要です

### 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	障害がある場合は右の(2)から(4)の必要項目に記入して下さい	
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

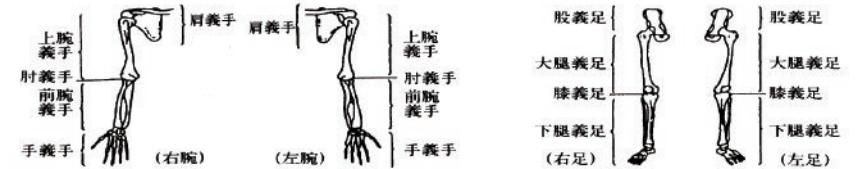
手指の屈伸	できる	できない
手の屈伸	できる	できない
膝の屈伸	できる	できない
歩行	できる	できない

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 令和 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。

↑検査日を記入してください

医師又は検査員の氏名  
医療機関又は講習機関の名称  
及び所在地

★医師の氏名  
★医療機関名  
★医療機関の住所  
3項目記入

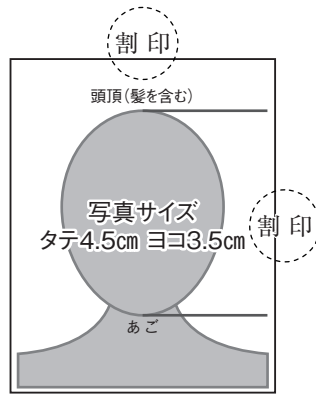
写真の割印と同じ印で→  
押印してください  
(訂正印も同じ印を使用してください)

印

**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	
S H 年 月 日	一級・二級・湖川・特殊	
現 住 所		
〒 都 道 府 県 ( )		



※写真の割印は、医師又は検査員の押印とする。

(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. 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」の者にあつ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

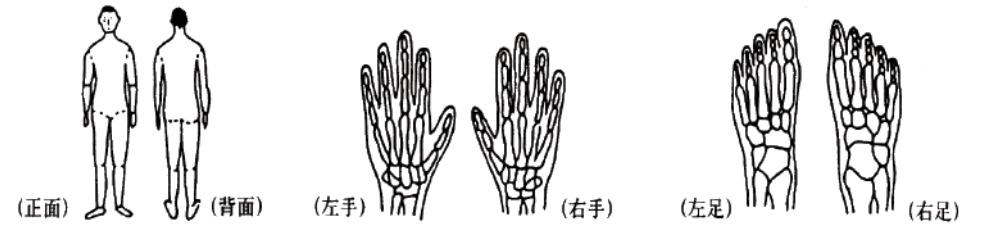
5. 身体機能の障害

(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

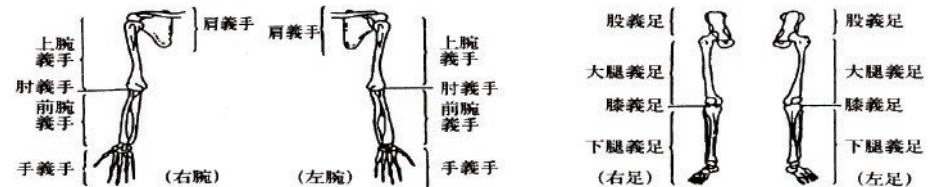
手指の屈伸	できる	できない
手の屈伸	できる	できない
膝の屈伸	できる	できない
歩 行	できる	できない

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令和 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  
及 び 所 在 地

印