

申請者ご本人が、氏名・住所・電話番号等を記入して下さい。

小型船舶操縦士身体検査証明書 記入要項

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 |
| 出生の年月日 | 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 | | |
| 現 住 所 | | |
| TEL () | | |

(写真)

次のような写真をはり付けること。
1 縦 45mm~35mm
横 35mm~24mm
2 申請日前6月以内撮影
3 無帽、正面上半身

※写真の割印は、医師又は検査員の押印とする。

(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)

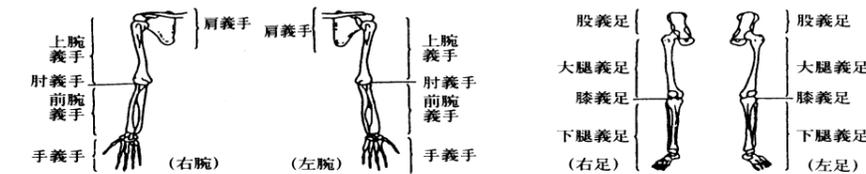
①関節の屈伸

| | | |
|-------|-----|------|
| 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)

検査を行った日

年 月 日

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。

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

電話番号をお願いします。

身体検査基準 (参考)

- ★視力
両眼とも0.5以上であること。(矯正可)
ただし、一眼の視力が0.5未満の場合は、他眼の視野が左右150度以上であること。
- ★弁色力
検査結果が「その他」の場合は、試験機関の身体検査において「灯色識別検査」を行います。この検査に合格しない場合であっても、航路標識の彩色を識別できる場合は、航行する時間帯を限定した免許を取得することができます。
- ★聴力
5m以上の距離で話声語(普通の大さきの声)又は汽笛音が弁別できること。(補聴器使用可)
- ★疾病及び身体機能の障害
軽症で業務に支障をきたさないと認められること。ただし、身体機能の障害の程度により、船舶の一部の設備や航行の目的を限定した免許となる場合があります。

詳細は、下記事務所相談コーナーへお問い合わせ下さい。

(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に係る者の場合は記入不要)

| | |
|-----|-------|
| 正 常 | そ の 他 |
|-----|-------|

3 聴 力

| | | |
|--|---|----|
| 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」の者につい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 | 障害がある場合、(3)運動機能も記入 |
| 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 |

該当するものに○印を付けて下さい。

医師へのお願い

1. 各項目をもれなくご記入下さい。
2. ご本人が色覚検査を希望しない場合は、色覚欄は空欄でお願いします。
3. ご不明な点がございましたら、右の事務所へお問合せ下さい。

お問合せ先

- 北海道事務所 0134-32-5123
- 東北事務所 022-298-5432
- 関東事務所 045-201-1222
- 北陸信越事務所 025-283-1996
- 中部事務所 052-331-0185
- 近畿事務所 06-6882-5846
- 四国事務所 087-837-6399
- 九州事務所 093-332-1537
- 沖縄事務所 098-861-0474

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 | | |
| 〒 - () | | |

(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

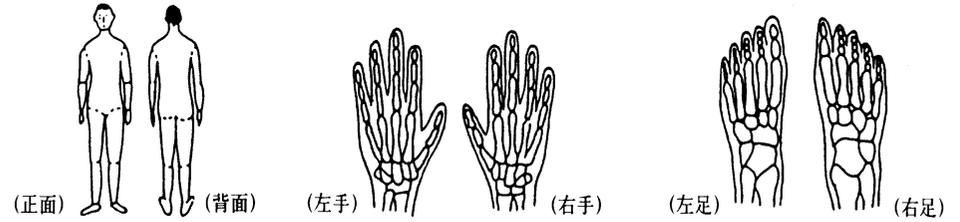
| | | |
|-------|-----------------------------|--------|
| 疾病の有無 | 病 名 及 び 程 度 (疾病のある者の場合のみ記入) | 業務への支障 |
| 有 無 | | 有 無 |

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

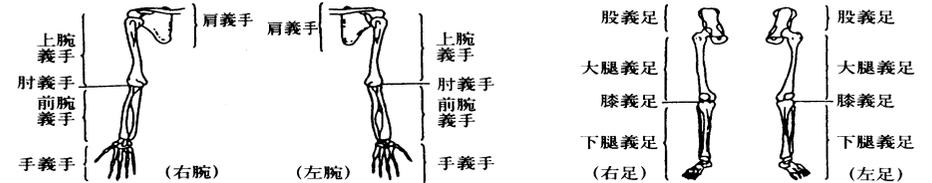
| | | |
|-------|-----|------|
| 手指の屈伸 | できる | できない |
| 手の屈伸 | できる | できない |
| 膝の屈伸 | できる | できない |
| 歩 行 | できる | できない |

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

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 | | |
| 〒 - () | | |

(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

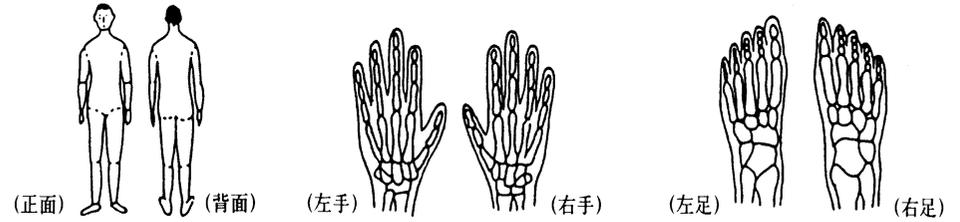
| | | |
|-------|-----------------------------|-------------|
| 疾病の有無 | 病 名 及 び 程 度 (疾病のある者の場合のみ記入) | 業 務 へ の 支 障 |
| 有 無 | | 有 無 |

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

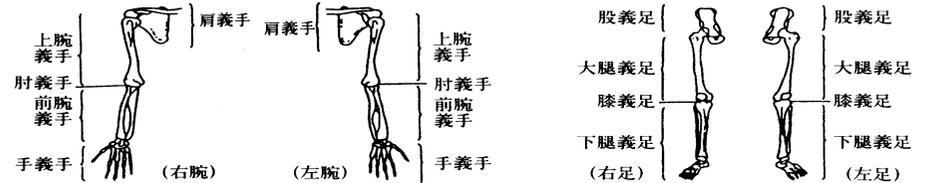
| | | |
|-------|-----|------|
| 手指の屈伸 | できる | できない |
| 手の屈伸 | できる | できない |
| 膝の屈伸 | できる | できない |
| 歩 行 | できる | できない |

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