

小型船舶操縦士身体検査証明書

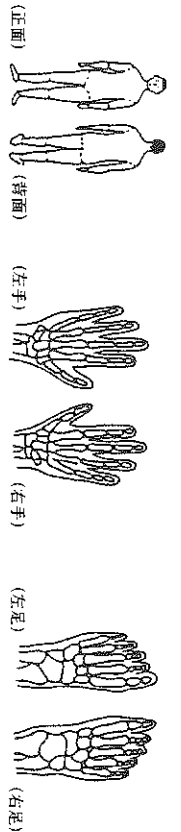
(申請者記入)

氏名(ふりがなをつけること。)	性別
出生年月日	男 女
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別
現 住 所	小型船舶操縦士
〒	
(医師又は検査員記入) 〆 ( )	

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



(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。



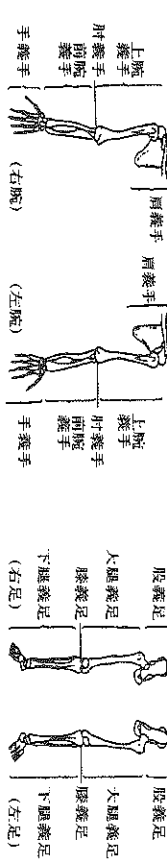
(3) 運動機能(身体機能の障害がある者の場合のみ記入)

①関節の屈伸	手指の屈伸	手の屈伸	膝の屈伸	歩行
	できる	できる	できる	できる
	できない	できない	できない	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) 義手足(義手又は義足を装着している者の場合のみ記入)  
義手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節すべきことがあれば記入)

--

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

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

TEL ( )

印

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。

記入例 (受講者用)

※当該検査は歯科医師以外で受検願います。

第23号様式(第80条、第85条、第99条関係)(日本工業規格A列4番)

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 \_\_\_\_\_

年齢 \_\_\_\_\_

出生年月日 \_\_\_\_\_

更新をし、又は再交付を受けようとする機軸免許  
機軸免許は海上交通安全法第10条第1項第2号の別表第1号に掲げる機軸免許の種類

操縦士 \_\_\_\_\_

1. 縦50mm~横50mm

2. 申請日前6月以内撮影

3. 割印は医師印

写真と写真を貼り  
 張り付ける。

(写真) \_\_\_\_\_

2. 色覚  
(更新又は失効再交付の場合記入不要)  
 (矯正でも一眼が0.5未満のものの場合のみ記入)

視 野 \_\_\_\_\_

視 (矯正で可) \_\_\_\_\_

左 1.0 右 0.4

視 野は見える方で  
 (合格基準は左右の視野角150°以上)

訂正印は医師印

3. 聴力  
5mの話し声の弁別について「不可」の者には「不可」の音の弁別 (医師が検査を行う場合は記入不要)

可 可

5. 身体機能の障害  
(1)身体機能の障害の有無  
 (2)身体機能の障害の内容及び程度

有 無

聴力(両手)下指に障害のある者の場合のみ記入) \_\_\_\_\_

kg 右 \_\_\_\_\_

kg 左 \_\_\_\_\_

必ずふりがなを記入して下さい。

性別 \_\_\_\_\_

年齢 \_\_\_\_\_

出生年月日 \_\_\_\_\_

更新をし、又は再交付を受けようとする機軸免許  
機軸免許は海上交通安全法第10条第1項第2号の別表第1号に掲げる機軸免許の種類

操縦士 \_\_\_\_\_

1. 縦50mm~横50mm

2. 申請日前6月以内撮影

3. 割印は医師印

写真と写真を貼り  
 張り付ける。

(写真) \_\_\_\_\_

2. 色覚  
(更新又は失効再交付の場合記入不要)  
 (矯正でも一眼が0.5未満のものの場合のみ記入)

視 野 \_\_\_\_\_

視 (矯正で可) \_\_\_\_\_

左 1.0 右 0.4

視 野は見える方で  
 (合格基準は左右の視野角150°以上)

訂正印は医師印

3. 聴力  
5mの話し声の弁別について「不可」の者には「不可」の音の弁別 (医師が検査を行う場合は記入不要)

可 可

5. 身体機能の障害  
(1)身体機能の障害の有無  
 (2)身体機能の障害の内容及び程度

有 無

聴力(両手)下指に障害のある者の場合のみ記入) \_\_\_\_\_

kg 右 \_\_\_\_\_

kg 左 \_\_\_\_\_

住民票と同じ住所を記入して下さい。

電話番号も記入して下さい。

医師が記入

(医師又は検査員記入)

1. 聴力  
5mの話し声の弁別について「不可」の者には「不可」の音の弁別 (医師が検査を行う場合は記入不要)

可 可

2. 色覚  
(更新又は失効再交付の場合記入不要)  
 (矯正でも一眼が0.5未満のものの場合のみ記入)

視 野 \_\_\_\_\_

視 (矯正で可) \_\_\_\_\_

左 1.0 右 0.4

視 野は見える方で  
 (合格基準は左右の視野角150°以上)

訂正印は医師印

3. 聴力  
5mの話し声の弁別について「不可」の者には「不可」の音の弁別 (医師が検査を行う場合は記入不要)

可 可

5. 身体機能の障害  
(1)身体機能の障害の有無  
 (2)身体機能の障害の内容及び程度

有 無

聴力(両手)下指に障害のある者の場合のみ記入) \_\_\_\_\_

kg 右 \_\_\_\_\_

kg 左 \_\_\_\_\_

眼鏡・補聴器・脳神経疾患並びに精神の機軸の障害と記載がある場合は、  
 専門医による本誌での検査を行うか、操縦に支障が無い旨の診断書が必要となります。

(医師又は検査員記入)

1. 聴力  
5mの話し声の弁別について「不可」の者には「不可」の音の弁別 (医師が検査を行う場合は記入不要)

可 可

2. 色覚  
(更新又は失効再交付の場合記入不要)  
 (矯正でも一眼が0.5未満のものの場合のみ記入)

視 野 \_\_\_\_\_

視 (矯正で可) \_\_\_\_\_

左 1.0 右 0.4

視 野は見える方で  
 (合格基準は左右の視野角150°以上)

訂正印は医師印

3. 聴力  
5mの話し声の弁別について「不可」の者には「不可」の音の弁別 (医師が検査を行う場合は記入不要)

可 可

5. 身体機能の障害  
(1)身体機能の障害の有無  
 (2)身体機能の障害の内容及び程度

有 無

聴力(両手)下指に障害のある者の場合のみ記入) \_\_\_\_\_

kg 右 \_\_\_\_\_

kg 左 \_\_\_\_\_

6. 医師又は検査員所見

(受検者の小型船舶検査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 \_\_\_\_\_  
 TEL. \_\_\_\_\_

印 \_\_\_\_\_

記入して下さい。

記入して下さい。

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

手の屈伸 できる

膝の屈伸 できる

歩行 できる

②障害のある関節(関節の屈伸のいれかたでできなかった者の場合のみ記入)

手関節 左 右

肘関節 左 右

肩関節 左 右

足関節 左 右

股関節 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。

(正面) (背面) (左手) (右手) (左足) (右足)

①関節の屈伸

手指の屈伸 できる

手の屈伸 できる

膝の屈伸 できる

歩行 できる

②障害のある関節(関節の屈伸のいれかたでできなかった者の場合のみ記入)

手関節 左 右

肘関節 左 右

肩関節 左 右

足関節 左 右

股関節 左 右

(5)身体機能の障害の内容及び程度

聴力(両手)下指に障害のある者の場合のみ記入) \_\_\_\_\_

kg 右 \_\_\_\_\_

kg 左 \_\_\_\_\_

記入例 (医療機関用)

この記入要項は必ず医師に見せて下さい。

第23号様式(第80条、第85条、第99条関係)(日本工業規格A列4番)

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 \_\_\_\_\_

年齢 \_\_\_\_\_

出生年月日 \_\_\_\_\_

更新をし、又は再交付を受けようとする機軸免許  
機軸免許は海上交通安全法第10条第1項第2号の別表第1号に掲げる機軸免許の種類

操縦士 \_\_\_\_\_

1. 縦50mm~横50mm

2. 申請日前6月以内撮影

3. 割印は医師印

写真と写真を貼り  
 張り付ける。

(写真) \_\_\_\_\_

2. 色覚  
(更新又は失効再交付の場合記入不要)  
 (矯正でも一眼が0.5未満のものの場合のみ記入)

視 野 \_\_\_\_\_

視 (矯正で可) \_\_\_\_\_

左 1.0 右 0.4

視 野は見える方で  
 (合格基準は左右の視野角150°以上)

訂正印は医師印

3. 聴力  
5mの話し声の弁別について「不可」の者には「不可」の音の弁別 (医師が検査を行う場合は記入不要)

可 可

5. 身体機能の障害  
(1)身体機能の障害の有無  
 (2)身体機能の障害の内容及び程度

有 無

聴力(両手)下指に障害のある者の場合のみ記入) \_\_\_\_\_

kg 右 \_\_\_\_\_

kg 左 \_\_\_\_\_

(医師又は検査員記入)

1. 聴力  
5mの話し声の弁別について「不可」の者には「不可」の音の弁別 (医師が検査を行う場合は記入不要)

可 可

2. 色覚  
(更新又は失効再交付の場合記入不要)  
 (矯正でも一眼が0.5未満のものの場合のみ記入)

視 野 \_\_\_\_\_

視 (矯正で可) \_\_\_\_\_

左 1.0 右 0.4

視 野は見える方で  
 (合格基準は左右の視野角150°以上)

訂正印は医師印

3. 聴力  
5mの話し声の弁別について「不可」の者には「不可」の音の弁別 (医師が検査を行う場合は記入不要)

可 可

5. 身体機能の障害  
(1)身体機能の障害の有無  
 (2)身体機能の障害の内容及び程度

有 無

聴力(両手)下指に障害のある者の場合のみ記入) \_\_\_\_\_

kg 右 \_\_\_\_\_

kg 左 \_\_\_\_\_

この記入要項は必ず医師に見せて下さい。