

# ！ 教習生の皆様へ

- 「現在、過去」に以下の「通院、内服薬」がある方は、専門医による記入が必要となります。  
眼疾患、心肺、脳神経、てんかん、精神、言語など（狭心症、心筋梗塞、不整脈、脳血管腫瘍など）
- 上記に該当しない方は、内科の個人病院をオススしています。  
＜身体検査項目＞
  1. 視力 両眼とも「矯正0.5」以上  
満たない場合は、視野角150度以上
  2. 色覚 (※1)
  3. 聴力 5m距離の話声語の弁別（補聴器可）
  4. 疾病 (※1)
  5. 身体機能障害 (※1)

(※1) 該当される方は、事前にご連絡ください

- 基準を満たさない場合には、追加検査等がありますので、事前にご連絡ください

# ！ お医者様へ

- 印鑑は割印および右下の2箇所です。両方とも「同じ印鑑で個人名のもの」をお使いください。  
※病院角印、理事長丸印などは不可  
※訂正印も、上記と同じ印鑑（サイズ違い不可）  
※シャチハタ可

- 補聴器、メガネ（色覚補正含む）は使用可

# ！ 提出前に確認

- A4横の用紙ですか？ 両面印刷していませんか？

- 医師の個人名印は2箇所とも、判読できますか？  
※判読しにくいときには、写真左右にも、捺印をお願いします

# 記入例

第23号様式(第80条、第85条、第99条関係)(日本工業規格A列4番)  
**小型船舶操縦士身体検査証明書**

氏名		性別
生年月日		種別
		級小型船舶操縦士
住所		

(写真)  
次のような写真を貼り付けること。  
1. 縦45mm×35mm 横25mm×24mm  
2. 顔が写りやすいように撮影すること。

(医師又は検査員記入)


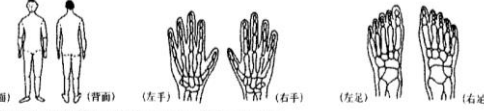
1. 視力  
視力 (矯正可) 左 1.0 右 0.5  
視野 (矯正しても一眼が0.5未満のものの場合のみ記入) 左 150 右

2. 弁色力  
(更新又は先立再交付の場合は記入不要)  
正常


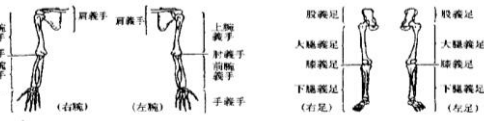
3. 聴力  
5mの話声語の弁別 可 不可  
上欄の5mの話声語の弁別について「不可」の者には汽笛の音の弁別 (医師が検査を行う場合は記入不要) 可 不可

4. 疾病  
疾病の有無 前名及び程度(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 1g 右 1g

(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。  


前又は検査員所見  
カ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

令和1年5月1日

氏名 田中 太郎  
住所 港区芝浦4-22-2  
病院 みなと内科病院

ご不明な点は、webまたはお問い合わせください  
東京ハーバーb.l.s. 0120-2040-58  
営業時間9:00~18:00

**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	級 小型船舶操縦士	
現住所		
〒 -		

(写真)

1 タテ45mm×ヨコ35mm  
2 申請日前6か月以内  
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

※医師割印

(医師又は検査員記入)

**1 視力**

視力 (矯正可)	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**

5mの話し語の弁別	可	不可
上欄の5mの話し語の弁別について「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	病名および程度(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	右
	kg	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(身体機能の障害のある者の場合のみ記入)

①関節の屈伸

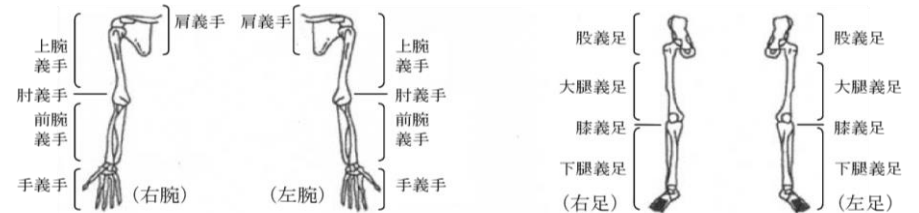
手指の屈伸	できる	できない
手の屈伸	できる	できない
膝の屈伸	できる	できない
歩行	できる	できない

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

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。

令和 年 月 日

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

