

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

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、正面半身

※写真の割印は、医師又は検査員の押印とする。

医師の割印

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

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

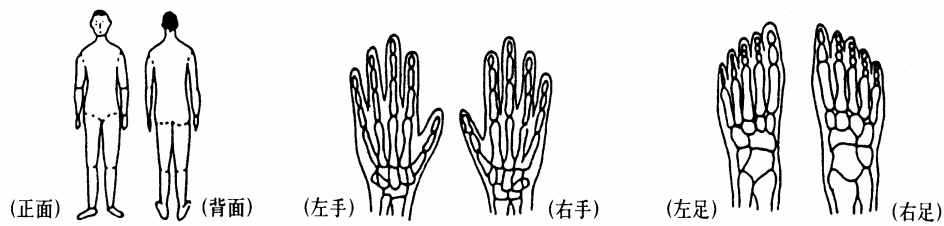
5 身体機能の障害

(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	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

小型船舶操縦士身体検査証明書 記入要領 (受験用)

(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。



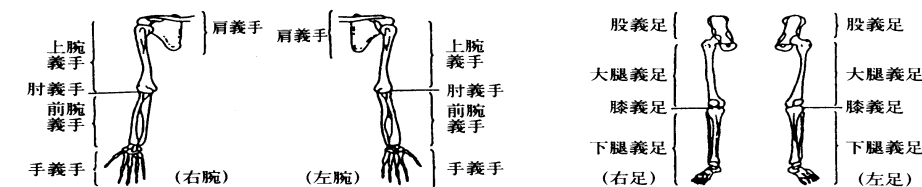
(3) 運動機能 (身体機能の障害がある者の場合のみ記入)

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)

記名押印または署名

検査を行った日

電話番号をお願いします。

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

身体検査基準 (参考)

- 視力
両眼とも0.6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つ
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
5 m以上の距離で話声語 (普通の大きさの
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。

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
中 国事務所	082-227-5323
四 国事務所	087-837-6399
九 州事務所	093-332-1537
沖 縄事務所	098-861-0474

医師へのお願い

1. 各項目をもれなくご記入下さい。訂正する場合は二本線を引き、必ず訂正印 (写真の割印と同じもの) を押印して下さい。
2. ご本人が 検査を希望しない場合は、 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。

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	
年 月 日	小型船舶操縦士	
現 住 所		
〒 ー ()		

(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

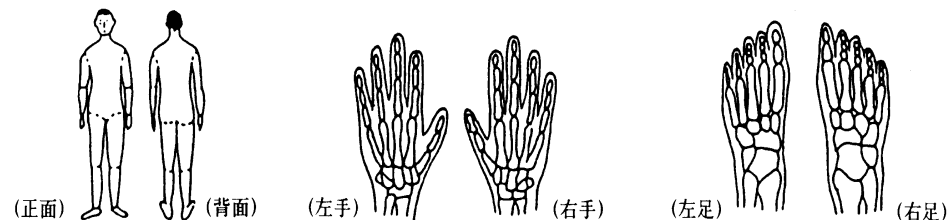
疾病の有無	病 名 及 び 程 度 (疾病のある者の場合のみ記入)	業務への支障
有 無		有 無

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

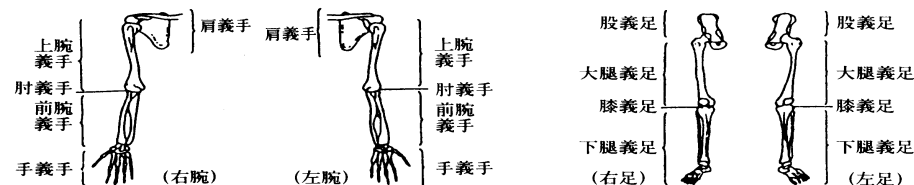
手指の屈伸	で き る	で き な い
手の屈伸	で き る	で き な い
膝の屈伸	で き る	で き な い
歩 行	で き る	で き な い

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