

# 見本

この見本は必ず医師の方に見せて下さい。

## 身体検査の合格基準

### 1. 視力

視力（矯正でも可）が両眼とも0.5以上

ただし一眼の視力が0.5未満でも次の要件に適合すれば良い。

- ① 他眼の視力が0.5以上
- ② 他眼の視野角度が150°以上

### 2. 弁色力

色盲又は強度の色弱でないこと  
「その他」と判定の場合はご連絡ください

### 3. 聴力

次の要件を満たしていること。

※補聴器の使用可

- ① 5mの耳語の弁別ができること
- ② 5mの話し語の弁別ができること

### 4. 疾病

業務又は操縦の支障がないこと  
疾病の内容によっては専門医の診断書が別途必要になります

事前にお問い合わせください  
(例 心臓疾患、脳疾患など)

### 5. 身体機能の障害

「有」に該当する場合は(2)～(4)の項目も記入すること

**申請者本人が記入**

### 小型船舶操縦士身体検査証明書

写真を貼り  
医師の割印

(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	
昭和 年 月 日	小型船舶操縦士	
現 住 所		
TEL.		

(医師又は検査員記入)

#### 1 視力

視力 (矯正でも可)	左	1. 0	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	1 5 0°	右	

#### 2 弁色力

(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
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

#### 3 聴力

5 m の 話 声 語 の 弁 別	<input checked="" type="radio"/> 可	<input type="radio"/> 不可
上欄の5mの話し語の弁別について「不可」の者に対しては汽笛の音の弁別 (医師が検査を行う場合は記入不要)	<input checked="" type="radio"/> 可	<input type="radio"/> 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
<input checked="" type="radio"/> 無		<input checked="" type="radio"/> 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
<input checked="" type="radio"/> 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

(写真)

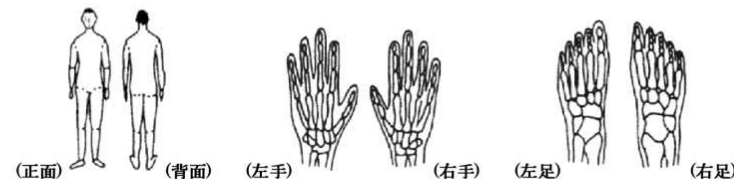
次のような写真をはり付けること。

- 1 縦 45mm
- 2 横 35mm
- 3 申請日前6月以内撮影
- 4 無帽、正面上半身

(割印)

※一ヶ所でも○が付いていなければ不備となりますのでご注意ください。

(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	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)

小型船舶操縦者としての業務及び操縦に支障なし

船舶職員及び小型船舶操縦者法施行規則別表第8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。

同一の印で押印

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

忘れずに記入、押印(割印と同じもの)  
電話番号も記入して下さい

医師へのおねがい (1) 各項目をもれなく、正確にご記入下さい。 (2) 割印、訂正印等は同一の印で鮮明に押して下さい。