

記入要領(例)

※ (申請者記入) 欄に、あらかじめ必要事項を記入して下さい。

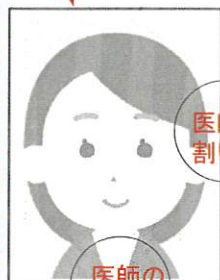
第23号様式(第80条、第85条、第99条関係)(日本産業規格A列4番)

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 |
| れんめい はなこ | | 男 <input type="checkbox"/> 女 <input checked="" type="checkbox"/> |
| 連盟 花子 | | |
| 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 | |
| S H 14年12月1日 | 一級・ 二級 ・湖川・特殊 | |
| 現住所 | | |
| 〒534-0025 大阪府 大阪市都島区片町1丁目5番13号 ☎ 06(6882)2248 | | |

※ 写真を貼って医師の診断を受けてください。



医師の
割り印

医師の
割り印

(医師又は検査員記入)

1. 視力

| | | | | |
|----------------------------|---|------|---|-----|
| 視力 (矯正で可) | 左 | 1.5 | 右 | 0.4 |
| 視野 (矯正をしても一眼が0.5未満のもののみ記入) | 左 | 150° | 右 | |

(小型船舶免許証を所有している方は色覚検査不要)

2. 色覚

(更新又は失効再交付の場合は記入不要)

| | |
|--|------------------------------|
| 正常 <input checked="" type="checkbox"/> | その他 <input type="checkbox"/> |
|--|------------------------------|

一眼の視力が矯正視力でも「0.5未満」の場合、0.5以上ある眼の左右水平視野角度を測り、数値で記入してください。(150°以上が必要)

3. 聴力

※色覚が「その他」の方は、別途検査が必要になりますので直ぐにご連絡ください。

| | | |
|--|---------------------------------------|-----------------------------|
| 5mの話声語の弁別 | 可 <input checked="" type="checkbox"/> | 不可 <input type="checkbox"/> |
| 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 <input type="checkbox"/> | 不可 <input type="checkbox"/> |

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 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> | 完治している病名は記入しないでください | 有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> |

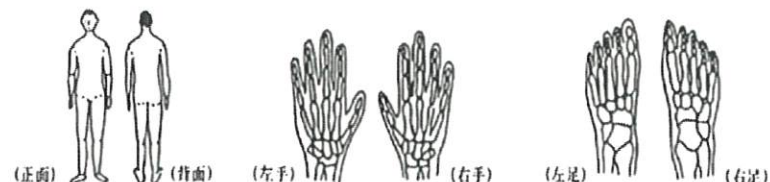
5. 身体機能の障害

(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 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> | 障害がある場合は、右の(2)(3)(4)の必要事項に記入してください |
| 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 |

※ 心臓・脳・神経系・眼疾患の疾病がある場合は専門医の診断書が必要です

(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 [ZZZZ] 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 [ZZZZ] 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、連絡先電話番号

- 医師の氏名
 - 医療機関名
 - 医療機関の住所
 - 医療機関の連絡先電話番号
- 以上、4項目を記入してください

検査日を記入してください

医師の印

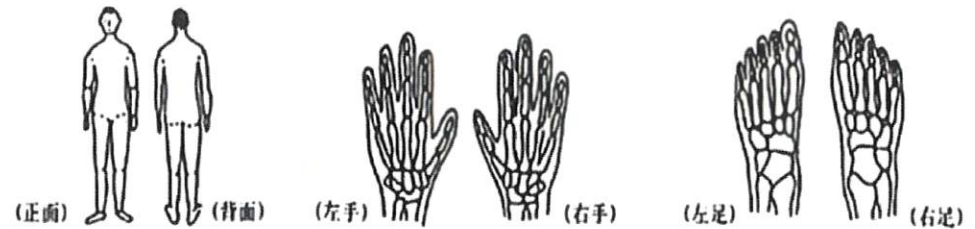
小型船舶操縦士身体検査証明書

(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 | |
| S H 年 月 日 | 一級・二級・湖川・特殊 | |
| 現 住 所 | | |
| 〒 | 都 道 府 県 | () |



(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。



(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 | 右 |
| | kg | kg |

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、連絡先電話番号

