

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

全色盲又は強度の色弱でないこと
夜間に船舶灯火の色（白、赤、緑、黄）
を識別できること
「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
(症状例)

心臓疾患、脳疾患、精神疾患、眼疾患など

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

(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類			
昭和 年 月 日	小型船舶操縦士			
現 住 所				
TEL.				

写真を貼る

(写真)
次のような写真をはり付
けること。
1 縦: 45~30 mm
横: 35~24 mm
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 150°	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 ()

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

左右数字を記入

0.5以上が見える眼の視野角度を記入

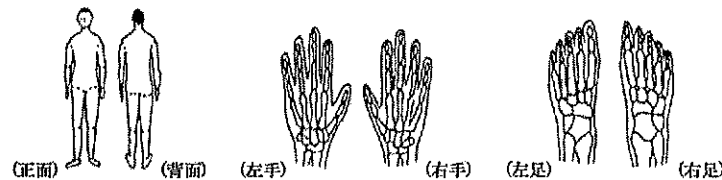
該当検査結果を○で囲む

疾病が有の場合に記入

医師へのおねがい 各項目をきれなく、正確に記入下さい。

※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	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

(2)、(3)、(4)は
身体機能に障害
がある場合のみ
記入

(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、
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

忘れずに記入、医療機関名、住所、電話
番号、検査員名も記入して下さい