

小型船舶操縦士身体検査証明書記入要領 (例)

この記入要領は必ず医師に見せて下さい。

第23号様式(第80条、第95条、第99条関係)(日本工業規格A列4部)

小型船舶操縦士身体検査証明書

(申請者記入)

| | |
|-------------------|---|
| 氏名(ふりがなを二つづけること。) | 性別 |
| 出生年月日 | 男 女 |
| 年 月 日 | 更新おし、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交付しようとする試験の種別 |
| 現 住 所 | 一級 二級 進級 特殊 |

申請者の記入欄

(署名)
 氏名を記載せよ
 行うこと。
 1. 押印
 2. 申請日付印の押印
 3. 日期、正印上への印

電話番号も記入して下さい。 左右数字を記入

1. 視 力

| 視 力 | 左 | 右 |
|----------|---|---|
| 視 (矯正で可) | 野 | 野 |

(矯正でも一眼が0.5未満のものの場合のみ記入)

割印は医師印と同じもので0.6以上見える方の視野角度

※その他に○がけいた方は(当支部又は学院)へご相談下さい。
 該当検査結果を○で囲む
 補聴器使用可

2. 弁 色 力

(更新又は未効再交付の場合は記入不要)

正常

その他

※その他に○がけいた方は(当支部又は学院)へご相談下さい。
 該当検査結果を○で囲む
 補聴器使用可

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代田の音の弁別 (医師が検査を行う場合は記入不要)

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 |
|-------|-----------------------|--------|
| 無 | | 有 |

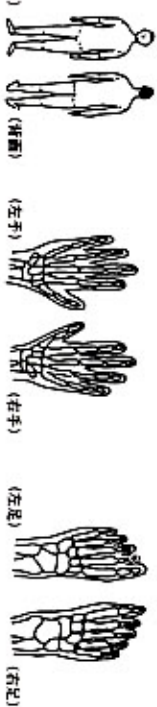
5. 身体機能の障害

| (1) 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

下記(2)(3)(4)は5(1)身体機能の障害の有無で検査結果が「有」と記入された場合に所要項目に記入

(2) 身体機能の障害の部位(身体機能の障害のある者の場合のみ記入)
 切断部位は ——、閉塞部位は 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 | | 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) | |
|--------|-----|-------------------------------------|-------|
| 手の屈伸 | できる | 手関節 | 肘関節 |
| 膝の屈伸 | できる | 左 腕関節 | 右 腕関節 |
| 歩行 | できる | 左 膝関節 | 右 膝関節 |
| | | 左 足関節 | 右 足関節 |

(4) 義手足(義手又は義足を装着している者の場合のみ記入)
 義手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

(受検査者の小型船舶操縦士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)

平成 年 月 日

船舶職員及び小型船舶操縦士登録規則第95条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使用します。

医師へのお願い

- 握力等所要の項目について、もれなくご記入願います。
- 視力については裸眼又は矯正視力が0.6未満のときは、0.6が見える際の視野角度を記入願います。
 ※当該視野角度の合格基準は150°以上となっております。
- 聴力検査では補聴器の使用は可となっております。
- 身体機能の障害(1)で「有」との該当者については、ご記入願います。

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

忘れずに必ず記入して下さい。
 (電話番号も記入して下さい。)

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 | | |
| 年月日 | 現 | 住 | 所 |
| | 年 | 月 | 日 |
| | 一級 | 二級 | 進級 |
| | 特 | 殊 | |
| 〒 | | | |
| ☎ () | | | |

(医師又は検査員記入)

1. 視力

| | | |
|----------------------------|---|---|
| 視力 | 左 | 右 |
| (矯正で可) | | |
| 視野 | 左 | 右 |
| (矯正をしても一眼が0.6未満のものの場合のみ記入) | | |

2. 弁色力

(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」の者にあつては 汽車の音の弁別 (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 | | 有 |
| 無 | | 無 |

5. 身体機能の障害

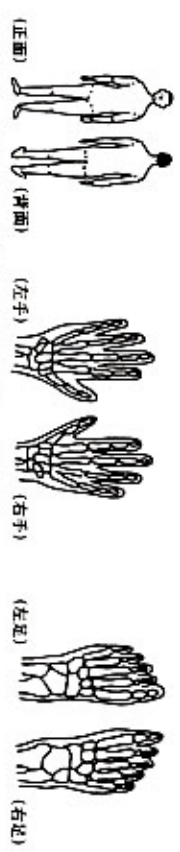
(1)身体機能の障害の有無

| | |
|------------|-----------|
| 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

(写真用)
水のような写真を取り
付けること。
1. 顔
2. 両肩
3. 両腕、両手
※ 別紙

(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(関節の屈伸のいすれかできなかった者の場合のみ記入) | | | |
| 手関節 | 左 | 右 | 左 |
| 肘関節 | 左 | 右 | 左 |
| 肩関節 | 左 | 右 | 左 |
| 腰関節 | 左 | 右 | 左 |
| 足関節 | 左 | 右 | 左 |

(4) 義手足(義手足又は義足を装着している者の場合のみ記入)
義手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士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は施行規則別表第80の検査項目について 平成 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
及び 所 在 地