

小型船舶操縦士身体検査を受ける受講者へ

小型船舶操縦士身体検査は、どの医療機関（歯科医を除く）で受けても結構です

医師の身体検査を受ける方は、次のことに注意して下さい。

- (1) メガネ、補聴器を必要とする方は、必ず持参して検査を受けて下さい。
- (2) 弁色力（色盲）の検査の結果が「その他」となった場合は、更に、灯色識別検査器による検査が必要です。
検査は当協会支部又は国家試験機関の相談コーナーで受けることができます。
この場合、小型船舶操縦士身体検査証明書については、弁色力の欄を空欄で提出することができます。
なお、灯色識別検査器による検査を希望する場合は事前に申込する当協会支部へ連絡して下さい。（写真1枚必要）
- (3) 聴力の「5mの話し語」の検査は、補聴器使用が認められています。
補聴器を使用した「5mの話し語」の検査結果が「不可」の場合は、当協会支部へ相談して下さい。

小型船舶操縦士免許に係る弁色力の基準及び検査方法
が平成17年1月1日から変更されました

平成17年1月1日から弁色力の基準及び検査方法が次のとおり変更されました。

	旧	変更後
弁色力の基準	色盲又は強度の色弱でないこと	夜間において船舶の灯火の色を識別できること
検査方法	パネルD-15等による検査	灯色識別検査器による検査
検査を受けるところ	医療機関	当協会支部又は 国家試験機関

(註) 上の検査は、弁色力の検査結果が「その他」の方だけが必要です。
「正常」の方は必要ありません。

JEIS 近畿

財団法人 日本船舶職員養成協会 近畿支部

TEL 06-6612-4936

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85条、第99条関係)(日本工業規格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(ふりがなをつづけること)	性別	性
出生年月日	更新なし、又は再交付を受けようとする試験の種類	男
年月日	正に係る資格又は受けようとする試験の種類	女
現住所		

医師又は検査員記入) 電話番号も記入して下さい。 左右数字を記入

視力	視力	左	右
(矯正して) 0.6未満のものの場合のみ記入)	視野	左	右

2. 弁色力 (更新又は失効再交付の場合は記入不要)

正常

医師の割印

(写真)

次のような写真をはり付けること。

- 縦45mm-30mm
- 横35mm-24mm
- 申請日前6月以内撮影
- 黒欄、正面上半身

医師の印

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

該当検査結果を○で囲む

該補聴器使用可

4. 疾病

疾病の有無

無

有

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

5. 身体機能の障害

(1)身体機能の障害の有無

無

有

障害の内容及び程度

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

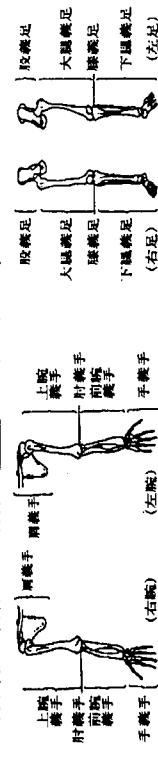
手指の屈伸	できる	できない
手の屈伸	できる	できない
膝の屈伸	できる	できない
歩行	できる	できない

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
股関節	膝関節	足関節	
左	右	左	右

(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。



医師へのお願ひ

- 視力等所要の項目について、もれなくご記入願ひます。
 - 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が記入の眼の視野角度を記入願ひます。
- ※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)身体機能の障害の有無で「有」との該当者については、所要の項目についてご記入願ひます。
 - 写真の割印、訂正印、氏名印は、検査を行った医師が同一の印を鮮明に押して下さい。但し氏名印については、署名に代えることができます。

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)

平成 年 月 日

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

船舶職員及び小型船舶操縦者法施行規則別添第5項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。

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。)

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
出生年月日	男 女
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
現住所	

(写真)
次のような写真をはり付けること。
1. 縦45mm-80mm
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	左	右
(矯正しても一眼が0.6未満のものの場合のみ記入)	視野	左	右

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」の者にあつては汽笛の音の弁別 (医師が検査を行つ場合は記入不要)	可	不可

4. 疾病

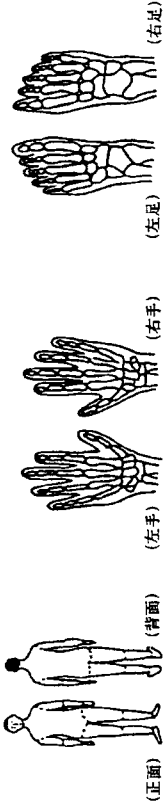
疾病の有無	病名及び程度(疾病のある者の場合のみ記入)	業務への支障
有		有 無

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

(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)

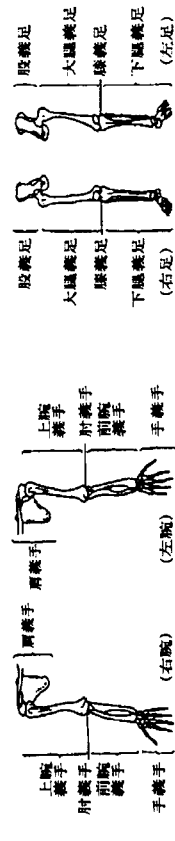
①関節の屈伸	できる	できない
手指の屈伸	できる	できない
手の屈伸	できる	できない
膝の屈伸	できる	できない
歩行	できる	できない

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第80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。

平成 年 月 日

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