身体検査を受ける前に必ず医師（歯科医を除く）に見せて下さい。

※医師の検査を受けられる前に、心肺機能及び精神疾患に係る疾病が有り、治療等を受けられている方は、事前にお問い合わせ下さい。

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

記 入 要 領（例）

（一財）関門海技協会
☎083-266-4029

（申請者記入）

氏　名（ふりがなをつけること。）	性　別
かん　もん　た　ろう 関　門　太　郎	（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別
H10 年 11 月 12 日	（一級）二級・特殊小型船舶操縦士
現　住　所	
（住民票記載の住所） ☎ 083 - 266 - 4029	

（写　真）
次のような写真をはり付けること。
1. 縦 45㎜～30㎜
　横 35㎜～24㎜
2. 申請日前6ヵ月以内撮影
3. 無帽，正面上半身

（医師又は検査員記入）

1. 視　　力

視力：両眼とも 0.5 以上必要

片眼視力が 0.5 未満の場合は、良い方の目の視野 150 度以上必要

視　力（矯　正　で　可）	左　0.4	右　0.5
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　１５０度

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

海技士（航海）又は小型船舶操縦士免許受有者は記入不要です。正常以外の場合は、その他に〇のみ記入して下さい。

3. 聴　　力

補聴器使用可	５ｍ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」の者にあっ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

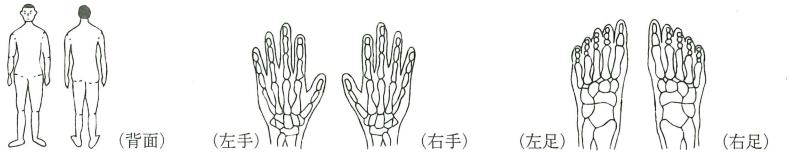
疾　病　の　有　無	病名及び程度（疾病のある者の場合のみ記入）	業　務　へ　の　支　障
有　（無）	**心肺機能及び精神疾患に係る疾病の場合は、専門医による診断書が必要です。**	有　（無）

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）	**障害が（有）の場合は、その内容及び程度を詳しく記入し、右欄の (2)、(3) 及び (4) についても正確に記入して下さい。**
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

（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。



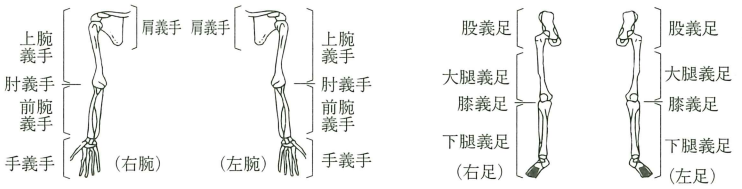
（3）　運動機能（身体機能の障害がある者の場合のみ記入）
①関節の屈伸

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）

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。

年　月　日
検査日

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

記　入
電話番号も必ず記入して下さい。

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
	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別
年　月　日	一級・二級・特殊小型船舶操縦士

現　住　所
☎　－　－

（写　真）
次のような写真をはり付けること。
1. 縦 45㎜～30㎜
　横 35㎜～24㎜
2. 申請日前6ヵ月以内撮影
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　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

５ｍ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」の者にあっ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

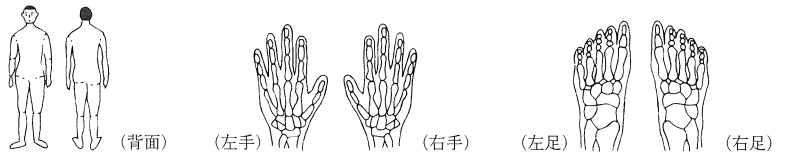
疾　病　の　有　無	病名及び程度（疾病のある者の場合のみ記入）	業　務　へ　の　支　障
有　無		有　無

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

（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。



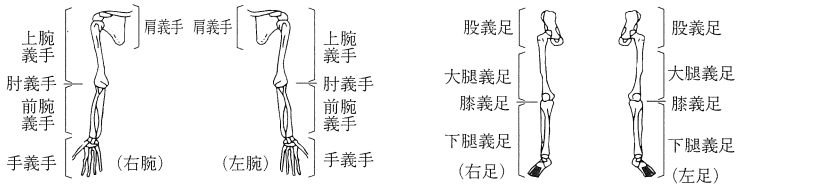
（3）　運動機能（身体機能の障害がある者の場合のみ記入）
①関節の屈伸

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）

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