

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別	
年月日	小型船舶操縦士	
現住所		
（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未満の者の場合のみ記入)	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

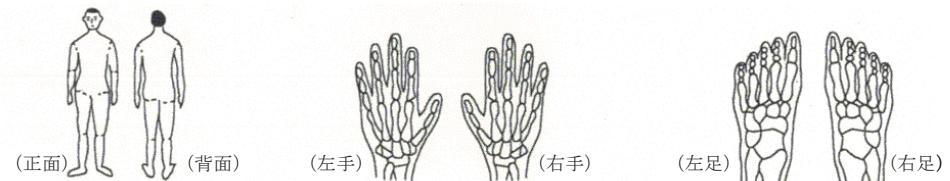
5. 身体機能の障害

（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

（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（身体機能に障害のある者の場合のみ記入）

① 関節の屈伸

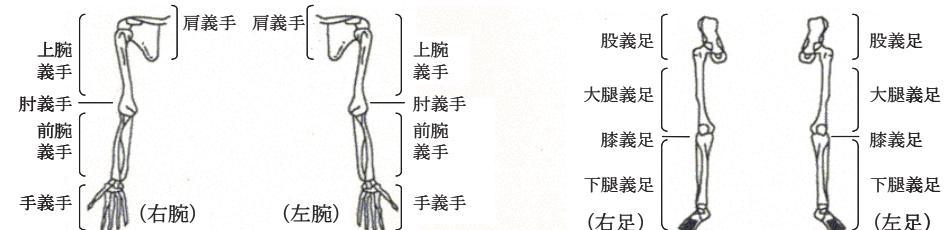
手指の屈伸	できる	できない
手の屈伸	できる	できない
膝の屈伸	できる	できない
歩行	できる	できない

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 結果、上記のとおりであることを証明します。 年 月 日 検査を行つた結果、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

小型船舶操縦士身体検査証明書を記入される医療機関の方へ

※大変お手数ですが、必ずご参照ください。

身体検査の証明書に記載する内容について、本来検査不要な箇所を検査して、受検者に多分に費用が発生している事例が非常に多く散見されますので、医療機関の先生におかれましては誠に恐れ入りますが、
「小型船舶操縦士身体検査証明書記入要領」を参考のうえ、検査の実施をお願いいたします。

【特に多く散見される事例／確認して頂きたい事項】

①	受検者の氏名、生年月日、性別、住所、電話番号など >医療機関ではなく、本人が記入する欄となります。 >写真に割印は不要です。
②	「1 視力」（「視野」は原則として検査不要） >片眼で0.5以上あればOK。眼鏡をかけた状態で検査してOK。 >片眼が眼鏡をかけた状態でも0.5未満の場合のみ、視野検査が必要です。
③	「2 色覚」の検査実施（更新・失効では検査不要） >要領にあるとおり、更新・失効講習では不要です。（※特にこれが多いです）
④	「3 聴力」 >5mの話声語の弁別が「可」であれば、「汽笛の音の弁別」は検査不要です。
⑤	「4 疾病」 >「無」に○があれば、他の記入は不要です。
⑥	「5 身体機能の障害」 >「無」に○があれば、右欄の(2)、(3)、(4)含めて他の記入は不要です。
⑦	一番右下の「医師又は検査院の氏名」「医療機関又は医療機関の名称、所在地及び連絡先」の箇所ですが、ゴム印でOKですが、医療機関名のみのゴム印が目立ちます。担当された医師名と、電話番号も必ずご記入ください。
⑧	書類全体を通して、朱の押印等は不要です。訂正は二重線でOK

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(ふりがなをつけること。)	性別
やまだ たろう	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
山田 太郎	
出生年月日	更新なし、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
和暦・西暦いずれも可 年 月 日	1級 or 2級 or 特殊 小型船舶操縦士
現住所	
消せるボールペン使用不可	
TEL () -	

(医師又は検査員記入)

1. 視力 電話番号も記入して下さい。 左右数字を記入

視力 (矯正で可)	左	右
0.5	0.5	
視野 (矯正をしても一眼が0.5未満のもの場合のみ記入)	左	右

2. 色覚 ← 色覚は更新講習の際は検査不要(未記入でOK)

(更新又は失効再交付の場合は記入不要)

正常	その他
----	-----

該当検査結果を○で囲む

↓ 該補聴器使用可

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
脳・精神機能の障害・心肺機能に関する疾病が現在ある場合は専門医の診断書が必要です。		

5. 身体機能の障害

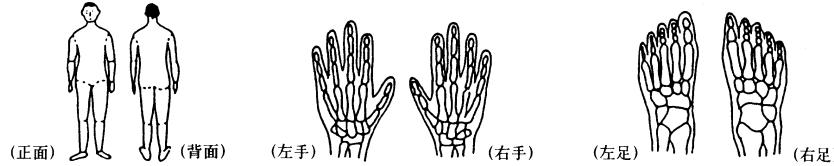
(1) 身体機能の障害の有無

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	

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

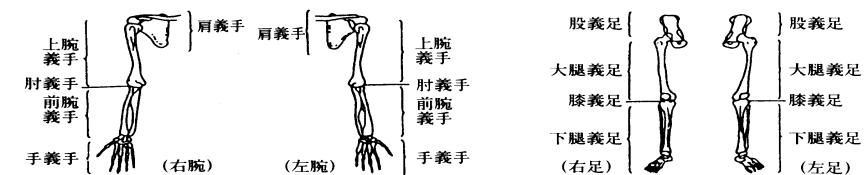
手指の屈伸	できる	できない
手の屈伸	できる	できない
膝の屈伸	できる	できない
歩行	できる	できない

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	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)

小型船舶操縦者として業務の支障がない場合には
「小型船舶操縦者として、業務又は操縦に関して支障がない。」
とご記入ください。

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

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

忘れずに必ず記入

(電話番号も記入して下さい。)

※押印は不要です。

医師へのお願い

- (1) 視力等所要の項目について、もれなくご記入願います。
- (2) 視力については裸眼又は矯正視力が0.5未満のときは、0.5が見える眼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°以上となっています。
- (3) 聴力検査では補聴器の使用は可となっております。
- (4) 5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