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
	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
S. 年　月　日 H.	一級 二級　小型船舶操縦士 特殊

現住所
〒　　☎ 都道 府県

（写真）
次のような写真をはりつけること。
1 縦 45mm~35mm
　横 35mm~24mm
2 申請日前6月以内撮影
3 無帽、正面上半身

※割印

※写真の割印は、医師又は検査員の押印とする。

（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

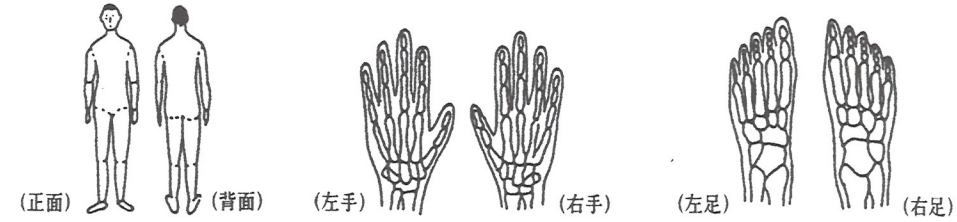
5．身体機能の障害

(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）

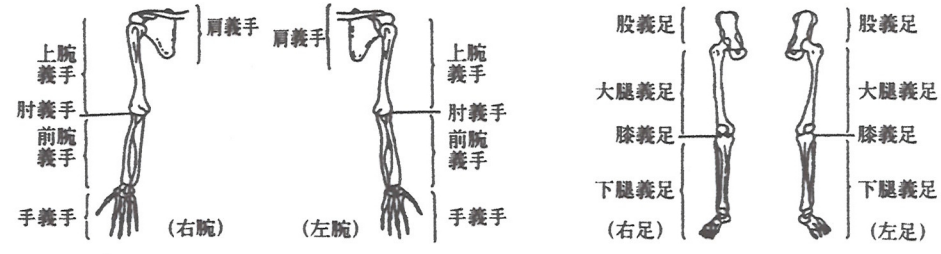
①関節の屈伸

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　　印

医療機関又は講習機関の名称

及び所在地

小型船舶操縦士身体検査証明書記入要領

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
	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
S. 年　月　日 H.	一級 二級　小型船舶操縦士 特殊
現　住　所	
〒　☎ 都道 府県	

写真は枠からはみ出さないように

（写真）
次のような写真をはりつけること。
1 縦 45mm
　横 35mm
2 申請日前6月以内撮影
3 無帽、正面上半身

※印

二ヶ所お願いいたします。

※写真の割印は、医師又は検査員の押印とする。

医師の割印

数字で記入

（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

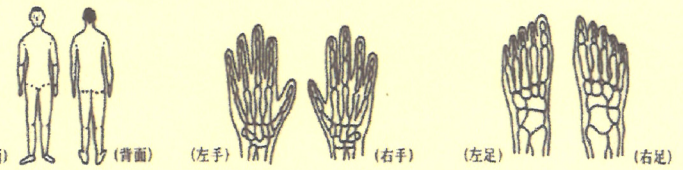
疾病の有無	病名及び程度（疾病のある者の場合のみ記入）	業務への支障
有　無		有　無

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

で囲んでください。

(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。



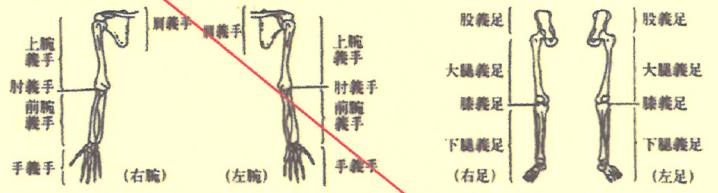
(3) 運動機能（身体機能の障害がある者の場合のみ記入）
①関節の屈伸

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

(4) 義手義足（義手又は義足を装着している者のみ記入）
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

印

必ず記入捺印
（電話番号もご記入ください。）

写真の割印と同じものを押してください。

医師へのお願い

① 当小型船舶操縦士身体検査証明書の作成については、特に指定医はなく、どちらの病院でも（歯科は除く）よいことになっています。

② 各項目をもれなく正確にご記入ください。
尚、訂正する場合は二本線を引き、必ず写真の割印と同じものを使用してください。
写真の上の割印が、消えてしまうことが多いので、強く押してください。

身体検査合格基準

1. 視　力
●視力（矯正視力を含む）が両眼とも0．5以上
●一眼が矯正しても0．5未満の方は、0．5以上見える方の目の水平視野が左右で150度以上あること

2. 色　覚
●夜間において船舶の灯火の色を識別できること
「その他」と判定された場合、灯色識別検査器による検査を受けなければなりません
詳しくはお問い合わせください
★受験者が小型船舶操縦士もしくは海技士（航海）の資格を有する場合は、弁色力の検査は必要ありません

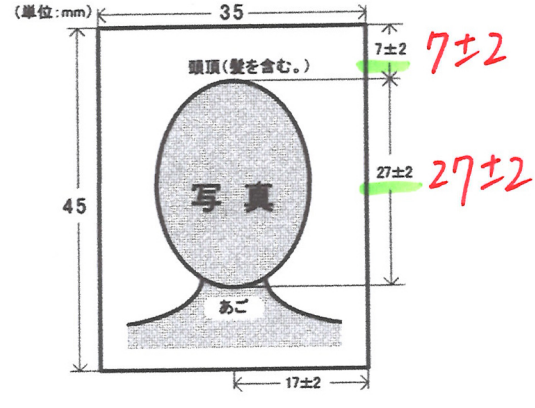
3. 聴　力
●5mの話声語の弁別ができること
5mの話声語の弁別ができない場合は、お問い合わせください。（補聴器により補われた聴力を含む）

4. 疾　病
●業務又は操縦の支障がないこと
但し、疾病の内容によっては専門医の診断書が必要な場合がありますので、お問い合わせください

[写真の要件について]

可能でしたらカラー写真でお願いします。

1．申請者の本人のみが撮影されたもの
2．提出の日前６ヶ月以内に撮影されたもの
3．縦４５mm×横３５mm(縁なし)で、右記載の各サイズを満たしたもの
4．顔正面、無帽、無背景　４枚



【身体検査証明書について】

前回の操縦免許証を取得してから１年以内の方、若しくは国家試験等にて身体検査証明書を既に提出されている方は、受講料がお安くなることがありますので、身体検査を受検される前にご相談ください。