

海技士身体検査証明書

(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	更新し、又は再交付を受けようとする場合は改訂に併せて更新し又は改訂しようとする医師の検印	
S・H 年 月 日	航海技士 () 航海技士 () 小型船舶操縦士 ()	
現住所		
〒 ()		



※写真の顔印は、指定医師の押印とする

(指定医師記入)

1. 視力

検視視力 (矯正視力)	左 (0.5)	右 (0.5)	両眼 (0.4)
-------------	---------	---------	----------

2. 色覚

正常	パネルD-15 (Pass - Fail)	その他 ()
----	-----------------------	---------

3. 聴力

5mの話し声の弁別	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)	勤務への支障
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 (手指に障害のある者の場合のみ記入)

左	kg	右	kg
---	----	---	----

該当する欄に記入又は○をつけてください

(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) 四肢部位は、障害部位は により表示すること。



(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
肘の屈伸	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

③ 運動機能障害の程度 (関節の屈伸ができなかった者の場合のみ記入)

一般歩行	できる	できない
疾走びつぎ	できる	できない
跳躍	できる	できない

(4) 義手足 (義手又は義足を装着している者のみ記入) 義手足を装着している部分を により図示すること。



6. 指定医師検見 (受検者の船舶職員としての勤務について留意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3の検査項目について平成検査を行った結果、上記のとおりであることを証明します。 年 月 日

指定医師の氏名 指 医療機関の名称及び所在地

※申請者記入欄について
①氏名は住民票どおり、現住所は都道府県名から
②記入後確認して、間違いがあれば訂正し、訂正印を押印してください

- 視力の合格基準 (注意: 2つ以上の海技免状で使用する場合は、両方の基準に達していること)
航海・小型 ⇒ 両眼共に0.5以上、
機関 ⇒ 両眼で0.4以上、
通信・電子通信 ⇒ 両眼共に0.4以上
- 色覚の合格基準
航海 ⇒ 正常又はパネルD-15をパス
機関・通信・電子通信 ⇒ 正常又はパネルD-15をパス、それ以外なら特定船員色識別適正確認表を識別できること

3. 聴力の合格基準 (補聴器は不使用)
5m以上の距離で話し言葉を弁別できること

4. 疾病 5. 身体機能の障害
心臓疾患、視覚機能の障害、精神機能の障害、言語機能の障害、運動機能の障害その他の疾病又は身体機能の障害により船舶職員として職務に支障をきたさないと認められること

医師の氏名・病院名・住所及び指が入っていること

※ 上記基準に達しているか事前に確認する為、
受診後に学院へFAX、若しくはご連絡をお願いします。
※ 身体検査の有効期限は受診日から3ヶ月です