

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
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海技免状に係る資格又は受けようとする試験の種別	
現住所		(写真) 次のような写真をはり付けること。 1. 縦30mm 横30mm 2. 撮影日前6月以内撮影	
〒			

(指定医師記入)

1. 視力

裸眼(矯正)	視力	方	右	左	両眼
	()	()	()	()	()

2. 色覚

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

3. 聴力

5mの話し語の弁別	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		有
無		無

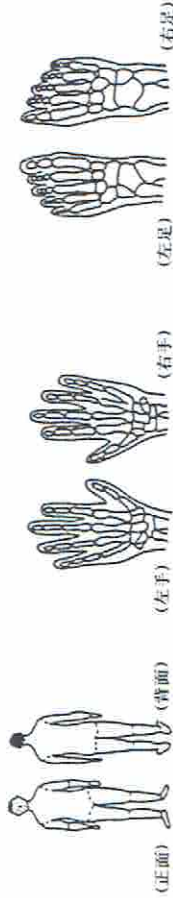
5. 身体機能の障害

(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

(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ZZZZ 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

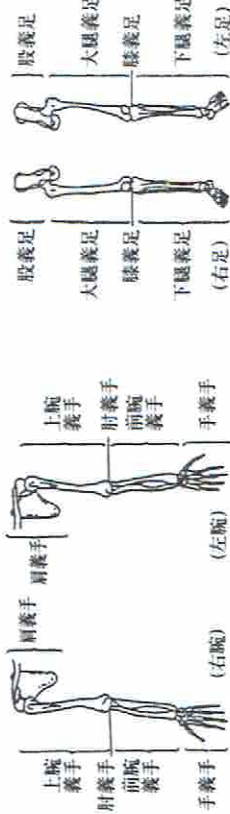
手指の屈伸	できる	できない
手の屈伸	できる	できない
膝の屈伸	できる	できない

② 運動機能障害の程度(膝関節の屈伸ができた者の場合のみ記入)

一般歩行	できる	できない
低重心歩行	できる	できない
跳躍	できる	できない

(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ZZZZ により図示すること。



6. 指定医師所見

(受検者の船舶職員としての勤務についての指摘すべきことがあれば記入)

船舶職員及び小規模船舶操縦者法施行規則別表第3の検査項目について 令和 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。

指定医師の氏名
医療機関の名称、所在地及び連絡先