第１５号様式の２（第６５条の２関係）（日本産業規格Ａ列４番）

締約国資格受有者身体検査証明書

（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	指定を受けようとする就業範囲
年　月　日	
現　住　所	
☎　（　　）	

（写　真）
次のような写真を貼り付けること。
1. 縦30mm
　横24mm
2. 申請日前６月以内撮影
3. 無帽、正面上三分身

（指定医師記入）

１．視　力

裸眼視力（矯正視力）	左（　　）	右（　　）	両眼（　　）

２．色　覚

正常　パネルD－１５（Pass ・ Fail）　その他（　　）

３．聴　力

５ｍの話声語の弁別	可　不可

４．疾　病

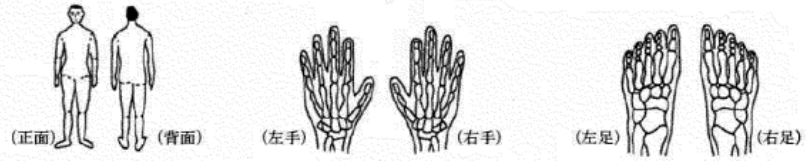
疾病の有無	病名及び程度（疾病のある者の場合のみ記入）	勤務への支障
有　無		有　無

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

(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 ──、障害部位に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

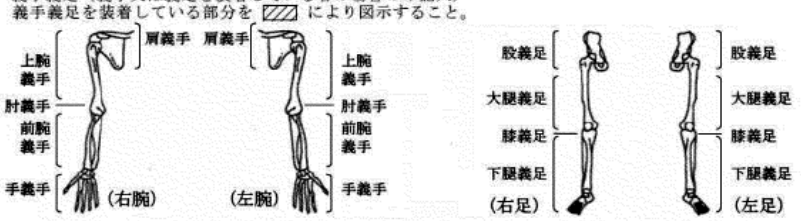
②障害のある関節（関節の屈伸のいずれかができなかった者の場合のみ記入）

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（膝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
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 ▨ 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３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。

指定医師の氏名
医療機関の名称、所在地及び連絡先