締約国資格受有者身体檢查証明書

Medical Certificate (This certificate is issued under the Law for Ship' Officers and Boats' Operators)

- (F	П.	37	者	BC	入	

(Written by applicant)		
氏 名(ふり:	がなをつけること。)	性 別
	氏 名 (ふりがなをつけること。) Name 生 年 月 日 指 定 を 受 け よ う と す Date of birth Desired Capacity in which you are 年 月 日	
		男 女 Male Female
出生年月日	指定を受けようと・	する就業範囲
Date of birth	Desired Capacity in which you are	authorized to serve
現		
<u>L</u>	TEL ()

(写	真)
Face Ph	otograph

30mm×24mm within 6 months

No cap. Upper chest.

(指定医師記入)

(Written by recognized doctor or medical practitioner)

1. 視 力 (Visual acuity)

裸	眼 視 Unaided	力	左 Left		右 Right		両眼 Both eyes together	
(矯	正 視 (Aided)	力)	Len ()	()	()	

2. 色 覚 (Color vision)

正常	パネルD-15 (Pass ・ F	Fail) その他()
Normal	Panel D-15	Others	,

カ (Hearing)

5 mの話声語の弁別 可 Distinction of voice separated from 5m Able	不可 Unable	

4.疾 病 (Disease)

疾病の有無 Existence of disease	病名及び程度(疾病のある者の場合のみ記入) The name of a disease and the extent (Write down where applicable)	勤務への支障 Hitch for job		
有 無 Yes No		有 無 Yes No		

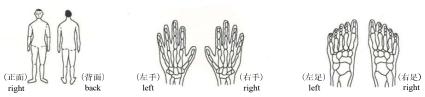
5. 身体機能の障害 (Body functional disorder)

(1) 身体機能の障害の有無 (Existence of lesion)

ſ	身体機能の障害の有無	障	害	の	内	容	及	Ü	程	度	
L	Existence of obstacle			Exte	nt and d	egree of	the obsta	acle			
	有 無 Yes No										
	握 力(手指に障害のある者	一の場合のみ記入)	į	左		kg		桂	ī		kg
	Grasping power		L	eft		kg		Rig	ht		kg
l	(Only write down is case of hand	icap of fingers)				8			,		0

(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)

Place of disorder or impairment (Write down where applicable as follows ;site of amputation "——", affected area " 💯 ") 切断部位は ——、障害部位には 🖾 により図示すること。Draw a line the cut part, painting the disorder part



(3) 運動機能(身体機能に障害のある者の場合のみ記入) Motor functional disorder (Write down where applicable) ①関節の屈伸 Flexibility of joint

手指の屈伸 Flexing of finger	できる Able	できない	Unable
手の屈伸 Flexing of hand	できる Able	できない	Unable
膝の屈伸 Flexing of knee	できる Able	できない	Unable

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)

Joint of lesion (Write in case more than one unable in (1) Flexibility of joint)

control resion (write in case more than one		
手 関 節 Wrist joint	肘 関 節 Elbow joint	肩 関 節 Shoulder joint
左 Left 右 Right	左 Left 右 Right	左 Left 右 Right
股 関 節 Coxa	膝 関 節 Knee joint	足 関 節 Ankle joint
左 Left 右 Right	左 Left 右 Right	左 Left 右 Right

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)

Extent of the motor functional disorder (Write in case unable to flex knee)

一般歩行 Normal walk	できる Able	できない Unable
低重心歩行 Walking with one's legs bended	できる Able	できない Unable
跳 躍 Jump	できる Able	できない Unable

(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)

Artificial arms and artificial legs (Write down where applicable by painting the relevant part) 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) Remarks on the examinee by recognized doctor (Write down something in case you have indication concerning ship officer's job of the examinee)

•	_	,							
	ł								

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 た結果、上記のとおりであることを証明します。

日検査を行つ

As a result of an inspection according to the Law for Ships' Officers and Boats' Operators, enforcement regulations (item of appended table 3), I prove a thing as above.

指定医師の氏名 Name of the recognized doctor

医療機関の名称、所在地及び連絡先 Name, address and contact information (TEL, E-mail) of the medical facility