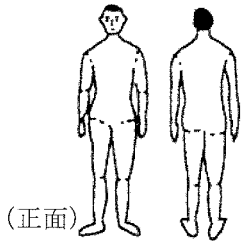
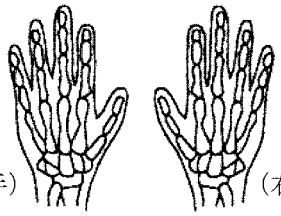
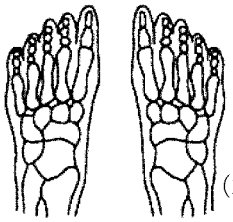
（2）身体機能の障害の部位（身体機能の障害がある者の場合のみ記入）
切断部位は ―― 、障害部位は ▨ により図示すること。


（正面）　（背面）


（左手）　（右手）


（左足）　（右足）

（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

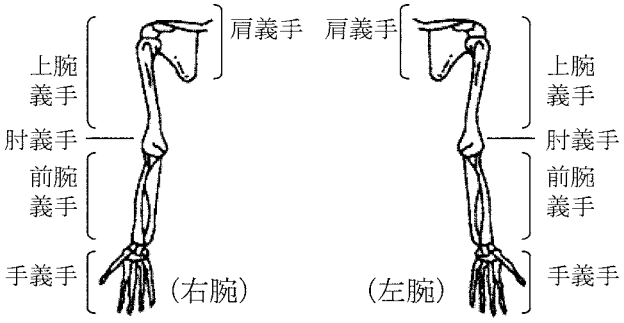
②障害のある関節（関節の屈伸のいずれかができなかった者の場合のみ記入）

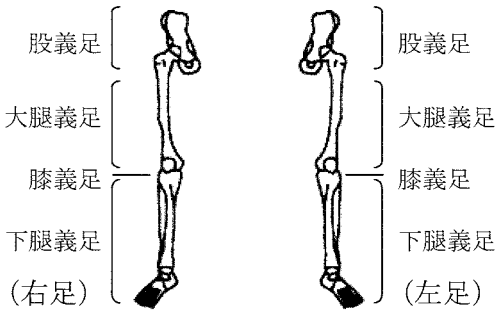
手関節	肘関節	肩関節
左　右	左　右	左　右
股関節	膝関節	足関節
左　右	左　右	左　右

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

医療機関の名称及び所在地　　印