

身体検査問診票

(必ず本人が記入してください。)

氏名： _____ (ふりがな： _____)

講習の種類： 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 開講 _____ 一級・二級・特殊・進級 コース

1. 視力

左目で 0.6 以上 (矯正可) はい いいえ

右目で 0.6 以上 (矯正可) はい いいえ

※矯正をしても一眼が0.6未満の場合は、事前にご相談ください。

2. 弁色力

今までに、医師に色覚 (色弱等) に関して言われたことはありますか？

はい いいえ

※『はい』とご記入の方は、学院で灯色識別検査を行います。

3. 聴力

5 m の話声語の弁別ができますか？ はい いいえ

※話声語とは、机に向かい合い話をして相手に理解できる程度の普通の大きさの声をいいます。

※『いいえ』とご記入の方は、事前にご相談ください。

4. 疾病

現在、何か病気がありますか？ はい いいえ

『はい』の場合のみ記入 (病名及び程度) _____

5. 身体機能の障害

身体機能の障害がありますか？ はい いいえ

『はい』の場合のみ記入 (内容及び程度) _____

※『はい』とご記入の方は、事前にご相談ください。

上記の記載について、事実と相違ないことを誓約します。

もし、故意に事実と異なり、身体検査基準に満たない項目があれば、受講しません。

その場合の責任は、私 (本人) が負います。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

氏名 _____ 印

国土交通省 登録小型船舶教習所 一般財団法人 尾道海技学院

※この問診票は、小型船舶操縦士免許を受けるために使用します。それ以外の目的では使用しません。