

自動車運転支援 初診申込書

年 月 日

受診者名 (ふりがな)	性別	生	年	月	日生
	男 女	年 月 日			(歳)
住 所	〒		自宅電話()	-	
			携帯電話()	-	
かかりつけ医	医療機関	主病名・診断名			紹介状 有 無
	医師名	発症・受傷日: _____年__月			

マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか はい いいえ

問診票

【運転歴・運転状況】

免許種類: 普通(AT オートマ ミッション) その他 運転歴: __年(ブランク: __年__ヶ月)
 発症前の運転頻度 毎日 週数回 月数回 ほぼなし
 主な運転目的(複数可) 通勤 仕事 買い物 通院 趣味
 よく運転していた環境 市街地 高速道路 夜間 雨天 雪道

【現在の身体・認知の自覚】

手足の動かしにくさ・しびれ: 有 無 部位(右半身 左半身 右手 左手 右足 左足)
 視力・視野の変化: 有 無 疲れやすさ・眠気: 有 無
 注意力や判断力の低下を感じる: 有 無
 運転を想像したときの不安点(自由記載)

【事故・ヒヤリハット】

発症前後の事故歴: 有 無 ヒヤリとした経験があれば下記に記載ください(具体的に)

主病名以外に現在治療中の病気はありますか。 有 無

(病名) ① _____ ② _____ ③ _____
 (医療機関) _____

【かかりつけ医の意向 * かかりつけ医が運転再開を了承されていることが前提です】

運転再開における評価のみ(診断書はかかりつけ医で作成) 評価および診断書の作成

【本人・家族の意向】

【介護保険サービスの利用の有無】

運転再開の希望度 強い ややある 迷っている ない 訪問リハビリ 有 無
 家族の意見 賛成 条件付き 反対 未確認 通所リハビリ 有 無

【社会背景】

公共交通機関の利用: 可能 困難 * 運転できない場合の困りごとを下記に記載ください

お願い

当院の自動車運転再開支援は、運転に関する評価および助言、訓練の提案、医師による診断書の作成など、医療の立場からさせて頂くもので、必ずしも運転再開できるというものではありません。運転再開の可否は滋賀県警察本部交通部運転免許課(免許センター)の判断になります。支援するにあたり、かかりつけ医、家族様の同意を必要とし、当院の同意書に承諾して頂く必要があります。当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。また運転支援あたり、正確な服薬情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。
 * 服薬されている方で、マイナ保険証ご利用ではない場合は、お薬手帳の持参が必須となります。