

記入日：

※受診時に紹介状などと一緒に受付にお渡しください。

自動車運転事前問診票

氏名：	住所： 〒		
生年月日：			
年齢：			
免許証の有無	あり ・ なし	※免許無しの場合 免許取得の意志	あり ・ なし
免許証の有効期限		※期限失効の場合 失効時期	
免許の種類	普通 ・ 大型 ・ 二種 ・ その他()		
使用車	メーカー：	車名：	
	トランスミッション ・ オートマ ・ マニュアル ・ その他()		
	ハンドル：	右 ・ 左	ウィンカー：
運転の目的	通勤 ・ 通学 ・ 業務 ・ 買い物 ・ 通院 ・ レジャー		
	その他()		
運転の状況 ※1週間の内	0～1日程度 ・ 2～3日 ・ 4～6日 ・ 毎日	一ヶ月の走行距離 約	km
直近5年間の 交通事故、違反歴	有り	内容：	
	無し		
運転に影響を 与える疾患	眼疾患	緑内障 ・ その他()	
	薬物中毒	覚せい剤 ・ 大麻 ・ アルコール ・ その他()	
	精神疾患	統合失調症 ・ そううつ病 ・ その他()	
	意識障害	てんかん ・ 失神	
	その他	：	

以下の内容をご確認の上、☑をしてください。

- 自動車運転再開評価費用について同意します。
- 自動車運転再開評価の結果は匿名化され、学術・教育目的での発表に使用されることに同意します。 ※同意されなくても評価は可能です。

署名：