

埼玉セントラル病院 自動車運転適性評価 受診相談シート
受付時間 月曜～金曜 9:00～17:00 土曜 9:00～12:00 (医療機関専用)

紹介元医療機関

医療機関名
所在地
TEL
FAX

担当者

部署
氏名
連絡先

患者様情報

フリガナ
患者氏名
性別 (男/女)
生年月日
西暦/大正/昭和/平成
年/月/日
(満/歳)
現住所
連絡先 (自宅/携帯/その他)

①～⑥に回答の上、FAX【番号049-257-3376】をお願いいたします

- ①自動車運転支援を受ける目的を教えてください
②認知症、または直近2年以内のてんかんの診断はありますか？
③てんかん薬・痙攣止めは使用されていますか？
④高次脳機能障害の疑いはありますか？
⑤現在リハビリは行っていますか？
⑥視野障害はありますか？

FAX送信時 必要書類

- 診療情報提供書
リハビリサマリー (リハビリを開始している方)
視力・視野検査の結果 (事前に眼科受診が可能な方)
本書面

注意事項 (必ずご確認ください)

- こちらの情報をもとに、運転支援担当の医師とリハビリスタッフでお引き受けできるかを判断し、改めてこちらからご連絡いたします。
高次脳機能障害の程度によって、発症から間もない場合は少なくとも2～3ヶ月の期間を空けてから改めてご相談いただくことを勧める場合がございます。
ご利用者多数の場合は、お断り、又はお待ち頂く可能性があります。
ご家族が同伴のもと当院まで通院することが可能な方に限定しています。
※当院までは同伴者に運転して頂くか、難しければ公共交通機関の利用をお勧め致します。(ご本人様が運転して来院された場合は、運転支援外来サービスを中止させていただきます。)
事前の眼科受診が困難な場合はご相談ください。(※事前に検査結果が得られない場合、運転支援外来サービス開始後に対座法にて確認を行い、結果によっては眼科の受診を再度依頼する場合があります。)
介護保険サービスをご利用されている方は、運転支援サービスをお断りさせていただきます。介護保険サービスを終了された後ご相談下さい。
より詳しい情報を確認する為、ご本人さま・ご家族さまへ当院リハビリスタッフよりご連絡いたします。