

運転外来 受付票

□基本情報 (確認者:)

問い合わせ受付日時		問い合わせ受付サイン
年	月	日 (曜日)
時	分	
ふりがな 相談者 氏名	/患者との関係 ()	
相談者 住所		
相談者 連絡先	自宅:	
	携帯:	
相談者 所属機関	<input type="checkbox"/> 医療機関 ()	
	<input type="checkbox"/> 施設 ()	
	<input type="checkbox"/> 個人 ()	
当院の運転外来を どのようにして 知りましたか。	<input type="checkbox"/> 当院ホームページ <input type="checkbox"/> 知人の紹介 <input type="checkbox"/> かかりつけの医療機関や施設からの紹介 <input type="checkbox"/> その他 ()	
主訴 相談内容		
ふりがな 患者 氏名		
生年月日・年齢	明治・大正・昭和・平成 年 月 日 / 歳	
住所		
連絡先	自宅:	
	携帯:	
介護保険	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 要介護 1 <input type="checkbox"/> 通所リハ利用
	<input type="checkbox"/> 支援 1	<input type="checkbox"/> 要介護 2 (あり・なし)
	<input type="checkbox"/> 支援 2	<input type="checkbox"/> 要介護 3
		<input type="checkbox"/> 要介護 4
		<input type="checkbox"/> 要介護 5
過去にかかったことがある病気や今かかっている病気を教えてください。		
脳神経:	<input type="checkbox"/> 脳卒中	<input type="checkbox"/> まひ (左・右) <input type="checkbox"/> パーキンソン病 <input type="checkbox"/> 認知症
呼吸器:	<input type="checkbox"/> 肺炎	<input type="checkbox"/> 気管支喘息 <input type="checkbox"/> 慢性閉塞性呼吸器疾患 (COPD)
整形:	<input type="checkbox"/> 腰痛	<input type="checkbox"/> 膝関節痛 <input type="checkbox"/> 股関節痛 <input type="checkbox"/> 肩痛 <input type="checkbox"/> くびの痛み <input type="checkbox"/> リウマチ
内分泌:	<input type="checkbox"/> 糖尿病	
循環器:	<input type="checkbox"/> 狭心症	<input type="checkbox"/> 心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 弁膜症 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 高血圧
その他:	()	

□問診 1 (確認者:)

質問項目			
1. 運転再開に向けた検査を受けたことはありますか？	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 再検査で検討
2. 過去に交通違反で免許を取り消されたことはありますか？	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> ある	
3. 頭がぼんやりすることはありますか。	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 時々	<input type="checkbox"/> なし
4. めまいが起きることはありますか。	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 時々	<input type="checkbox"/> なし
5. 視力・視野検査を受けたことはありますか。	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> なし	
6. 物に足を引っかける、ぶつかることはありますか。	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> なし	
7. 奥行きがわかりにくくなることはありますか。	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> なし	
8. 病前に事故を起こしたことはありますか。	<input type="checkbox"/> 何度もある	<input type="checkbox"/> 1~2回	<input type="checkbox"/> なし
9. 家族に運転を止められたことはありますか。	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> なし	
10. 医師に運転を控えた方が良いと指摘されたことはありますか。	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> なし	
11. 集中力が切れることはありますか。	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 時々	<input type="checkbox"/> なし
12. 意識を失ったことはありますか。	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 時々	<input type="checkbox"/> なし
13. 運転は週に何回していましたか？	<input type="checkbox"/> 毎日	<input type="checkbox"/> 週に数回	<input type="checkbox"/> 月数回
	<input type="checkbox"/> ほとんどしない		
14. 主な運転の目的は何ですか？	<input type="checkbox"/> 日常	<input type="checkbox"/> 仕事	<input type="checkbox"/> レジャー
15. 1回の運転でどのくらい継続した時間、運転をしますか？	()		

□問診 2 (確認者:)

質問項目			
健康状態は安定していますか。	<input type="checkbox"/> 問題あり <input type="checkbox"/> 安定	<input type="checkbox"/> 投薬で安定	<input type="checkbox"/> 症状が不安定
日常生活で困ったことはないですか。	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 問題あり	
排泄：お手洗いはひとりでいけますか。	<input type="checkbox"/> ひとりで行ける	<input type="checkbox"/> 一部介助が必要	<input type="checkbox"/> 全介助
移動：一人で歩けますか。	<input type="checkbox"/> 一人で歩ける <input type="checkbox"/> 車椅子	<input type="checkbox"/> 杖・歩行器を使って歩ける	<input type="checkbox"/> 介助や付きそいがあれば歩ける。
聴覚：補聴器を使用していますか。	<input type="checkbox"/> 使用しなくても聞こえる。 <input type="checkbox"/> 聞こえない。	<input type="checkbox"/> 使用していないが、大きな声で話すと聞こえる。	<input type="checkbox"/> 使用している。
視覚：めがねやコンタクトや使用していますか。	<input type="checkbox"/> めがねやコンタクトが無くても見える。 <input type="checkbox"/> 日常生活で介助が必要。	<input type="checkbox"/> めがねやコンタクトをしていれば見える。	<input type="checkbox"/> 見え方の障害がある。(半盲、失明)
意思疎通：会話はできますか。	<input type="checkbox"/> 会話はできる。	<input type="checkbox"/> ときどき会話がかみ合わない。	<input type="checkbox"/> 話せるが会話がかみ合わない。
意思表示：意思表示できますか。	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> だいたいできる	<input type="checkbox"/> 基本的欲求のみ
てんかん	<input type="checkbox"/> てんかんと診断されている	<input type="checkbox"/> 診断されていない	
認知機能	<input type="checkbox"/> 認知症と診断されている。 <input type="checkbox"/> 問題ない。	<input type="checkbox"/> 症状はあるが、日常生活はできる。	<input type="checkbox"/> 症状があり、日常生活に影響がある。

□外来受診当日に関する説明 (確認者:)

説明項目	チェック欄
外来予約日時： 年 月 日 時 分	<input type="checkbox"/>
受診当日より、検査を開始します。 リハ開始時間の前に受け付け、受診をして今後の流れを確認してください。	<input type="checkbox"/>
運転免許書をご持参下さい。	<input type="checkbox"/>
紹介状を持ってきてください。	<input type="checkbox"/>
お薬手帳を持ってきてください。	<input type="checkbox"/>
公安委員会（運転免許センター）の診断書を取り寄せてください。	