

運転外来受付票

1 / 2

患者氏名： _____

受付日： _____

□問診 1（確認者： _____）

質問項目			
1. 主訴・相談内容			
2. 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
3. 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	
4. 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
5. 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
6. 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	
7. 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	
8. 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	
9. 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
10. 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	
11. 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	
12. 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
13. 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
14. 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		
15. 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
16. 1回の運転でどのくらい継続した時間、運転をしますか？	()		

運転外来受付票

2 / 2

□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。	