FAX 送信先：082-554-7853 (株式会社 DA サポート 行)　　送信日：令和　　年　　月　　日

※送付状は不要です。

【医療機関専用】 運転評価依頼シート（情報提供書）

提供いただいた情報は、運転評価及び安全運転指導にのみ使用し適切に管理いたします。
記入後、本シートを送信専用アドレスまたは FAX にて送信してください。

1. ご紹介元医療機関・ご担当者様情報

病院・施設名：	担当診療科：
担当医師名：	担当 OT 名：
連絡先電話番号：	連絡先メールアドレス：

2. 対象患者様情報

お名前(フリガナ)：	性別：　☐ 男　・　☐ 女
生年月日：☐ 昭和　☐平成 年　　月　　日（満　　歳）	ご連絡先電話番号：
ご住所：	主要診断名（発症時期）：

3. 免許状況・運転の目的

保有免許の状態： ☐ 有効　☐ 失効（有効満了日：　　） ☐ 停止中 ☐ 取消中	病前の運転頻度： ☐ ほぼ毎日　☐ 週 2-3 回程度　☐ ほとんど不使用 ☐ その他（　　）
再開後の主な運転目的： ☐ 通院 ☐ 買い物 ☐ 送迎 ☐ 仕事 ☐ その他（　　）	患者様ご本人の意向： ☐ 自信があり早期再開希望 ☐ 必要だが不安あり ☐

【個人情報の提供に関する患者様・ご家族様の同意】

私は、安全な自動車運転再開に向けた運転評価・エビデンス収集を目的として、上記医療機関が保有する私の身体機能・高次脳機能等の必要な医療情報が、株式会社 DA サポートに提供されることに同意します。

同意日：令和　　年　　月　　日

ご署名：　　（　本人　・　家族　）

※この欄は医療機関側でご利用いただくために設けております。送信用ファイルは空欄でかまいません。

患者様お名前：　　様

4. 身体機能・視覚・運転補助装置の要否

運動麻痺・肢体不自由： ☐ なし ☐ あり （☐ 右上肢 ☐ 右下肢 ☐ 左上肢 ☐ 左下肢） ※麻痺の程度：☐ 軽度（操作可） ☐ 中・重度（要対策）	視野・視覚上の兆候： ☐ 正常 ☐ 半側空間無視（☐ 左側無視 ☐ 右側無視） ☐ 複視・眼球運動障害 ☐ 視野欠損等 ☐ その他（　　）
感覚障害： ☐ なし ☐ あり（部位：　　）	運転操作時の補助装置の要否： ☐ 不要 ☐ 旋回ノブ ☐ 左足アクセル ☐ 手動運転装置

5. 精神・高次脳機能障害の傾向 （実車時の配慮・負荷テスト設計用）

注意配分・処理能力： ☐ 特になし ☐ 注意散漫（周囲に気を取られやすい） ☐ 焦り・パニック ☐ 動作・判断の遅れ	見落とし・無視： ☐ 特になし ☐ 左側の不注意（左折・障害物） ☐ 右側の不注意 ☐ 全般的な視野探索漏れ
記憶・ルート指示： ☐ 特になし ☐ 記憶低下（直前の指示を失念しやすい） ☐ 展望記憶の懸念（評価開始前の約束行動の忘却）	遂行機能・プランニング： ☐ 特になし ☐ 課題処理の混乱（順序立てた行動が苦手） ☐ 突発的で一貫性のないルート選択
自己客観視・病識： ☐ 特になし ☐ 自身の運転技能への過度の自信（過信） ☐ ミスに対する言い訳・他責傾向	情緒・疲労： ☐ 特になし ☐ イライラ・易怒性 ☐ 感情の起伏 ☐ 疲労しやすい（15 分以上の連続運転困難）

6. 貴院内でのリハビリ・評価検査結果

神経心理学的検査： MMSE/HDS-R：　　/30 点 TMT-A：　　秒 TMT-B：　　秒 その他：	院内ドライビングシミュレーター（DS）結果： ☐ 良好 ☐ 軽度課題あり ☐ 中等度課題あり ☐ 実施なし
特に注視・確認してほしい点：	
その他特記事項（身体の配慮など）：	

【お問合せ窓口】
株式会社 DA サポート（代表：坂田）
〒731-0223 広島市安佐北区可部南 3-18-24（可部自動車学校目の前）
TEL ／ FAX：082-554-7853　　E-mail：contact@dasupport.co.jp
※シート受信後、速やかに受信確認のご連絡を担当者様へ差し上げます。