

自動車運転評価シート

この度、自動車運転再開講習の受講にあたり、対象者の現在の状況についてご報告致します。よろしくお願ひします。

評価日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 担当 _____

1. 基本情報

氏名 (_____) 年齢 (_____) 性別 (男 ・ 女) 利き手 (右 ・ 左) 居住地 (_____)
 診断名 (_____) 発症日 (_____ 年 _____ 月 _____ 日) 運転可能な家族 有 (_____) ・ 無

2. 病前運転状況

運転歴 (_____ 年) 車種 (_____) AT MT)
 次回免許更新日 (_____ 年 _____ 月 _____ 日) 視力低下 有 (_____) ・ 無

種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 中型 <input type="checkbox"/> 大型				
目的	<input type="checkbox"/> 通勤 <input type="checkbox"/> 仕事 (_____) <input type="checkbox"/> 買い物 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 家族・友人の送迎 <input type="checkbox"/> その他 (_____)				
頻度(週間)	<input type="checkbox"/> 1~2回 <input type="checkbox"/> 3~4回 <input type="checkbox"/> 5~6回 <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> その他 (_____)				
時間帯	<input type="checkbox"/> 早朝 <input type="checkbox"/> 通勤時間 <input type="checkbox"/> 日中 <input type="checkbox"/> 夕方 <input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/> その他 (_____)				
1回の運転時間	<input type="checkbox"/> 30分未満 <input type="checkbox"/> 1時間未満 <input type="checkbox"/> 2時間未満 <input type="checkbox"/> 3時間未満 <input type="checkbox"/> 3時間以上(_____ 時間)				
範囲	<input type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 市外近隣 <input type="checkbox"/> 県内全域 <input type="checkbox"/> 県外				
過去の違反歴	<input type="checkbox"/> 違反あり 内容 (_____) (_____ 回) 内容 (_____) (_____ 回) <input type="checkbox"/> 無				
過去1年間の事故	<input type="checkbox"/> 事故あり 内容 (_____) (_____ 回) 内容 (_____) (_____ 回) <input type="checkbox"/> 無				

3. 運転希望

目的	<input type="checkbox"/> 通勤 <input type="checkbox"/> 仕事 (_____) <input type="checkbox"/> 買い物 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 家族・友人の送迎 <input type="checkbox"/> その他 (_____)				
----	--	--	--	--	--

4. 身体機能

運動麻痺	<input type="checkbox"/> 右(上肢・下肢) <input type="checkbox"/> 左(上肢・下肢) (重 ・ 中 ・ 軽) <input type="checkbox"/> 無			
感覚障害	<input type="checkbox"/> 有 程度 (重 ・ 中 ・ 軽) 部位・詳細(_____) <input type="checkbox"/> 無			
失調	<input type="checkbox"/> 有 程度 (重 ・ 中 ・ 軽) 部位・詳細(_____) <input type="checkbox"/> 無			
視野障害	<input type="checkbox"/> 有 (半盲・1/4盲) <input type="checkbox"/> 無			

5. 高次脳機能

障害	<input type="checkbox"/> 注意力低下	<input type="checkbox"/> 半側への不注意 (右・左)	<input type="checkbox"/> 記憶障害	<input type="checkbox"/> 物の形の認識、距離感が取りにくい(構成障害)
	<input type="checkbox"/> 計画性、効率、思考の柔軟性が低い(遂行機能障害)		<input type="checkbox"/> 障害の自覚が乏しい、危険意識が低い(病識低下)	
	<input type="checkbox"/> 言語障害(言葉の理解が低い、言葉が出にくい)			
	<input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/> 無	

6. 運転シュミレーター結果

--

7. 生活場面の観察から

--

8. 障害の影響が予想される運転場面

<ul style="list-style-type: none"> ● 注意障害による影響 <input type="checkbox"/> 急発進や急ブレーキが見られる <input type="checkbox"/> 集中力が持続できず、長時間の運転ができない <input type="checkbox"/> 一旦停止や信号、標識の認識が遅れる <input type="checkbox"/> 車体位置(車線に対して / 左折時 / 右折時) <input type="checkbox"/> アクセル・ブレーキの踏み替えが不適切 <input type="checkbox"/> 会話しながらの運転が困難 ● 半側への不注意の影響 <input type="checkbox"/> 左折時の巻き込み確認が不十分 <input type="checkbox"/> 歩行者、他車両への配慮が不十分 <input type="checkbox"/> 右折時の歩行者や対向車確認が不十分 <input type="checkbox"/> その他() 	<ul style="list-style-type: none"> ● 構成障害の影響 <input type="checkbox"/> 適切な車間距離を保ちながらの運転することができない ● 言語障害の影響 <input type="checkbox"/> 指摘に対して修正できない <input type="checkbox"/> 複雑な指示では混乱しやすい ● 遂行機能障害の影響 <input type="checkbox"/> 計画的に目的地に着くことができない <input type="checkbox"/> 安全速度が守れない <input type="checkbox"/> 状況に合わせて柔軟な対応ができない ● 病識低下の影響 <input type="checkbox"/> 自分の運転に対する自己認識が低い・甘い
---	---

9. 特記事項

講習時の同伴	<input type="checkbox"/> 有(<input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> ST)	<input type="checkbox"/> 無
改造の必要性	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
講習時の教習車の設定	<input type="checkbox"/> 有(<input type="checkbox"/> ハンドルノブ <input type="checkbox"/> 左足アクセル <input type="checkbox"/> 左方向指示器)	<input type="checkbox"/> 無
神経心理学検査結果		

10. 総合コメント(運転再開の見込みを含めて記載)

--

以上、簡単ではありますがご報告いたします。不明な点がありましたご連絡下さい。よろしくお願い致します。