

病 気 等 の 申 告

令和____年____月____日

氏名_____

< 注 意 事 項 >

1. 各質問に対して「はい」と回答しても、直ちに運転免許を拒否もしくは保留され、又は既に受けている運転免許を取り消され若しくは停止されることはありません。
(運転免許の可否は、医師の診断を参考に判断されますので、正確に記載してください。)
2. 運転免許の申請時に、虚偽の記載をして提出した方は、1年以下の懲役又は30万円以下の罰金に処せられます。

次の事項について、該当する□にレ印を付けてください。

- | | |
|--|--|
| 1. 過去5年以内において、病気（病気の治療に伴う症状を含みます。）を原因として、又は原因は明らかでないが、意識を失ったことがある。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 2. 過去5年以内において、病気を原因として、身体の全部又は一部が、一時的に思い通りに動かせなくなったことがある。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 3. 過去5年以内において、十分な睡眠時間を取っているにもかかわらず、日中、活動している最中に眠り込んでしまった回数が週3回以上となったことがある。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 4. 過去1年以内において、次のいずれかに該当したことがある。
・飲酒を繰り返し、絶えず体にアルコールが入っている状態を3日以上続けたことが3回以上ある。
・病気の治療のため、医師から飲酒をやめるよう助言を受けているにもかかわらず、飲酒したことが3回以上ある。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 5. 病気を理由として、医師から、運転免許の取得又は運転を控えるよう助言を受けている。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |

※1～5の事項に「はい」と回答された方のみ記入してください。

運転適性相談を終了している。

はい いいえ

相談日：平成・令和____年____月____日