

## 病 気 の 症 状 等 申 告 欄

※ 記載要領

◎ 次の1～6の該当する箇所の□に✓印を付けてください。

◎ 項目6については、該当者は相談を終了した月日及び相談終了番号を記載してください。

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| 1 病気を原因として、又は原因は明らかでないが、意識を失ったことがある方   | <input type="checkbox"/> |
| 2 病気を原因として発作的に身体の全部又は一部のけいれん又は麻痺 <small>まひ</small> を起こしたことがある方                 | <input type="checkbox"/> |
| 3 十分な睡眠時間 <small>すいみんじかん</small> 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うことが週3回以上ある方 | <input type="checkbox"/> |
| 4 病気を理由として、医師から、免許の取得又は運転を控えるよう助言を受けている方                                       | <input type="checkbox"/> |
| 5 1～4のどれにも該当しない方   | <input type="checkbox"/> |
| 6 1～4のどれかに該当する方で、申請前に運転適性相談を終了している方  | <input type="checkbox"/> |

(            月            日            番)

(備考)

### 【 ご 紹 介 者 】

氏 名	
住 所	(            -            -            )