

申込日 令和 年 月 日

名古屋市立大学医学部附属リハビリテーション病院
自動車運転評価診療予約申込受付票（FAX 用）

【FAX 番号】 052—680—9970（地域医療連携室直通）

【受付時間】 8：45～19：00（平日）、9：00～12：30（土）（日・祝日・年末年始 12/29～1/3 除く）

* 平日 19：00 以降、土曜 12：30 以降にお送り頂いた受付票の回答は翌診療日となりますのでご了承ください。

【紹介元医療機関】

医療機関名		
医師名		先生
TEL	—	—
FAX	—	—

当院へ患者様をご紹介いただくにあたり、以下の点につきまして事前にご確認いただき該当する項目にレ点を入れていただきますようお願いいたします。

全ての項目にレ点が入った方のみ当院での自動車運転評価の対象とさせていただきますので、当院地域連携室まで FAX 送信をお願い致します。

- ☐ かかりつけ医からの紹介状がある方
- ☐ かかりつけ医から、「医学的管理の面からは、運転を再開する上での問題がない」と判断された方
- ☐ 脳卒中や脳外傷による高次脳機能障害、脊髄損傷などの疾患を有する方
- ☐ 過去 2 年以内にけいれん発作を生じたことがない方
- ☐ 明らかな視野欠損がない方
- ☐ 認知症と診断されていない方
- ☐ 介護保険でのリハビリ（訪問リハビリ・通所リハビリ）を現在受けていない方
- ☐ 他院でのリハビリ（理学療法・作業療法・言語聴覚療法）を現在受けていない方

フリガナ	性別 ☐ 男 ☐ 女	生年月日		
患者氏名		☐ 大正 ☐ 昭和 ☐ 平成	年	月 日生
連絡先	* 日中に必ず連絡がつく電話番号を記入してください。 (— —)			

予約日の日程調整は名市大医学部附属リハビリテーション病院が ☐ 患者さんで行う ☐ 医療機関で行う
いずれかにレ点をお願いします。

【問い合わせ】 地域医療連携室（診療予約）

TEL：052—680—8999