

診療情報提供書 運転再開

年 月 日

医療機関名 福岡市立心身障がい福祉センター診療所
担当医

患者氏名 様 年 月 日生まれ

傷病名：

紹介目的：自動車運転シミュレーター評価依頼

既往症：

経過（発症年月日、症状、画像検査結果、治療、経過、現在の状態と処方など）
回復期リハ病院の退院時サマリーのコピーなどでも結構です

てんかん発作の既往 有 無 有の場合（発作型、最終発作 年 月 日）

〒

医療機関名

住所

電話番号

科

主治医氏名

貴院の書式でも結構ですが、記載項目は上記をお願いいたします。

神経心理学的検査結果がございましたら、コピーをいただくとありがたいです。

診療情報提供書のご依頼

令和 年 月 日

主治医先生侍史

平素より大変お世話になっております。

この度、貴院通院中の_____様が、当センターで実施している自動車運転再開評価を希望されています。当センターでは運転に必要な高次脳機能の能力に関して、診察、神経心理学的検査、シミュレーター評価を行い、結果が良好な際は自動車教習所での実車評価をご案内しています。評価終了後は、実車評価結果も含めて結果をお送りしますので、総合的なご判断や公安委員会提出用の診断書は貴院にお願いいたします。

ご多忙中大変恐縮ですが別紙の診療情報をいただけると幸甚です。

もしご不明な点がございましたら、何なりとお尋ねください。

〒810-0072 福岡県福岡市中央区長浜 1-2-8
福岡市立心身障がい福祉センター(あいあいセンター)
TEL092-406-2455
高次脳機能障がい支援センター