

滋賀県 医療機関から教習所への情報提供シート									
患者氏名	様		記入者所属・職種		シート作成日	年 月 日			
			記入者 氏名		年齢	歳			
疾患名		性別	☐ 男 ☐ 女	運転歴	約 年				
既往歴		発症日	年 月 日			発症からの日数	約 日		
運転頻度	☐ 毎日 ☐ 週2～3回 ☐ 月1回	運転目的	☐ 仕事 ☐ プライベート ☐ 両方						
		家族の意向	☐ 有り(☐ 再開希望 ☐ 保留 ☐ 中止) ☐ 未聴取						
居住地環境	(自宅近辺の環境、交通量、道幅、人通りの多さなど)								
事故歴 (こすり傷を含む)	☐ あり ☐ なし		運転車種	☐ 軽 ☐ 普通車(人乗り) ☐ MT ☐ その他()					
身体機能面 ※問題のある個所にチェック	歩行(屋内・屋外)	☐ 介助 ☐ 見守り	階段・段差の移動	☐ 介助 ☐ 見守り	その他特記事項:				
	運動麻痺	上肢 ☐ 左 ☐ 右	下肢 ☐ 左 ☐ 右	手指 ☐ 左 ☐ 右					
	感覚しょうがい	上肢 ☐ 左 ☐ 右	下肢 ☐ 左 ☐ 右	手指 ☐ 左 ☐ 右					
	聴力	☐ 左 ☐ 右	視野障害	☐ 問題あり(☐ 左 ☐ 右) ☐ 問題なし					
静止車での評価 ※困難な操作にチェック	☐ 運転席の鍵の開閉		☐ 運転席への乗車						
	☐ エンジンをつける		☐ サイド/フットブレーキ						
	☐ ギア操作(パーキング、ドライブ、バック) ※ブレーキ踏みながら		☐ ハンドル2回旋 (片側約2, 5秒以内)						
	☐ アクセル (エンジンがかかっていない状態で踏み込めるか)		☐ ブレーキ(踏み込み30秒)						
改造の必要性	☐ 無 ☐ 有 (☐ ステアリンググリップ ☐ 左アクセルペダル ☐ その他:)								
高次脳機能 しょうがい	注意力低下	生活への影響 ☐ 無 ☐ 有	言語能力の低下	生活への影響 ☐ 無 ☐ 有					
	空間認識低下	生活への影響 ☐ 無 ☐ 有	記憶力低下	生活への影響 ☐ 無 ☐ 有					
	病識低下	生活への影響 ☐ 無 ☐ 有	性格変化	生活への影響 ☐ 無 ☐ 有					
自動車運転再開支援 講習の実施にあたり 配慮を要すること	【言語障害】 ☐ 説明はゆっくり短く(多くとも 2語・3語・4語以上可) 話してほしい ☐ 説明の要点を(漢字・かな・どちらでも可)で書いて示してほしい ☐ ジェスチャーを交えて話してほしい ☐ はい・いいえで回答できるような質問をしてほしい ☐ 回答の選択肢を書いて示してほしい								
	【運動麻痺】 ☐ 転倒の可能性があるため車の乗車時に付き添ってほしい								
	【感情】 ☐ ネガティブな感情 怒り・イライラ・悲しみ・不安・その他()を表出しやすい								
総合コメント	<性格や個人背景> <高次脳機能と運転への影響、運転に対する認識、実施してほしい講習内容など>								
	※DrivingSimulator評価があれば別紙に添付								
依頼先 教習所名	教習所 御中			滋賀県自動車運転と医療に関する協議会 2026.5.21作成					