

# 自動車運転評価資料

記載日 令和 年 月 日

氏名	性別 男・女	評価日 令和 年 月 日		
	年齢 歳			
障害名				
身体機能評価（運動／感覚／視野障害など）			高次脳機能評価（注意／空間認知／状況判断等） ※神経心理学的評価 （TMT／レブノンマトリックス／WAIS／コミュニケーション等）	
自動車運転関連動作について				
				コメント・自具などについて
ハンドル旋回動作	可	不可	訓練中	
手動装置操作動作 アクセル・ブレーキ	可	不可	訓練中	
トランスファー	可	不可	訓練中	
車いす積み込み 積み降ろし	可 可	不可 不可	訓練中 訓練中	
周辺機器操作	可	不可	訓練中	
運転歴（免許種類、頻度など）				
運転の目的・必要性（職業、通勤、通学、通院、余暇など）				
コメント（運転上の留意点および予測されること、確認事項など）				
<p>※実施後の担当セラピストに対する適性評価結果の連絡の希望（有 ・ 無 ）</p> <p>連絡先電話番号および連絡希望時間など（ ）</p>				

病院・施設名 \_\_\_\_\_

担当セラピスト名 \_\_\_\_\_ 印