

運転支援情報共有シート

|                     |                       |                                     |                                 |   |       |
|---------------------|-----------------------|-------------------------------------|---------------------------------|---|-------|
| 【運転情報】※情報提供病院が記載    |                       | 情報提供日：                              |                                 |   |       |
| 情報提供病院名：            | →                     |                                     | 情報受取病院名：                        |   |       |
| 患者氏名：               | 様                     | 年齢：                                 | 才                               |   |       |
|                     |                       | 介護保険でのPT・OT・ST利用の有無                 |                                 |   |       |
| 評価者（記載者）：           |                       |                                     |                                 |   |       |
| 疾患情報                | 診断名：                  | 発症日：                                |                                 |   |       |
|                     | 障害名：                  | 左記以外：                               |                                 |   |       |
|                     | てんかんの有無               | 失語症                                 | 運動麻痺 上肢                         |   |       |
|                     | 発症からの経過期間：            | 発症6か月経過日：                           |                                 |   |       |
| 運転・社会的情報            | 免許の種類：                | 免許有効期限：                             |                                 |   |       |
|                     | 運転頻度：                 | 主な運転場面：                             |                                 |   |       |
|                     | 免許センターへの連絡：           | 運転経験：                               | 年 家族の意向：                        |   |       |
| 項目（当てはまる or 実施項目は☑） |                       | <input checked="" type="checkbox"/> | 備考                              |   |       |
| 疾患管理                | 服薬管理により病状が安定である       | <input type="checkbox"/>            | 【最終発作日：<br>眼科医の判断：<br>】         |   |       |
|                     | 基礎疾患や合併症等の管理が良好である    | <input type="checkbox"/>            |                                 |   |       |
|                     | てんかん発作を2年以内に起こしていない   | <input type="checkbox"/>            |                                 |   |       |
| 機能・活動状況             | 半盲や複視などの視覚障害がない       | <input type="checkbox"/>            |                                 |   |       |
|                     | 半側空間無視がない             | <input type="checkbox"/>            |                                 |   |       |
|                     | 自立歩行（装具・補助具の活用含める）が可能 | <input type="checkbox"/>            |                                 |   |       |
| 神経心理学的検査            | TMT-J                 | 実施日を記載                              | A： 秒 誤り：                        | ※旧版TMTを実施した場合は、備考欄に縦版か横版かと結果を記載<br>※その他、実施した検査は備考欄に記載<br>※実施した検査で、言動等、特記すべきことがあれば備考欄に記載 |       |
|                     |                       |                                     | B： 秒 誤り：                        |   |       |
|                     | J-SDSA                |                                     | 合格予測点数：                         |   |       |
|                     |                       |                                     | 不合格予測点数：                        |   |       |
|                     | kohs立方体               |                                     | 得点：                             |   | 換算IQ： |
|                     | Rey複雑図形               |                                     | 模写：                             |   |       |
|                     |                       |                                     | 直後：                             |   | 3分後：  |
|                     | CAT                   |                                     | ※プロフィールを添付                      |   |       |
|                     | WAIS-IV               |                                     | FSIQ：                           |   | VCI：  |
|                     |                       | PRI：                                | WMI：                            |   | PSI：  |
| BIT                 |                       | 通常：                                 | 行動：                             |   |       |
| WMS-R               |                       | 言語性：                                | 視覚性：                            |   |       |
|                     | 一般的：                  | 注意/集中：                              | 遅延：                             |   |       |
| RBMT                |                       | スクリーニング：                            | 標準：                             |   |       |
| SLTA                |                       | ※プロフィールを添付                          |                                 |   |       |
| ドライビングシミュレーター       | HONDA セーフティナビ         | <input type="checkbox"/>            | ※ドライビングシミュレータ実施時に観察された言動は備考欄に記載 |   |       |
|                     | 運転反応検査 ※結果を添付         | <input type="checkbox"/>            |                                 |   |       |
|                     | 危険予測体験 ※結果を添付         | <input type="checkbox"/>            |                                 |   |       |
|                     | 実施日を記載                | 運転操作課題 ※結果を添付                       | <input type="checkbox"/>        |   |       |
|                     |                       | 上記以外のDSを実施 ※結果を添付                   | <input type="checkbox"/>        |   |       |

|                    |                |                          |                            |                   |
|--------------------|----------------|--------------------------|----------------------------|-------------------|
| 【運転評価結果】※情報受取病院が記載 |                | 最終結果確定日：                 |                            |                   |
| 実施した内容             | 上記☑以外の神経心理学的検査 | <input type="checkbox"/> | ※実施した検査項目を以下に記載            |                   |
|                    | ドライビングシミュレータ   | <input type="checkbox"/> | ※ドライビングシミュレータを実施した場合、結果を添付 |                   |
|                    | 実車評価           | 構内                       | <input type="checkbox"/>   | ※実車評価結果等、可能な範囲で添付 |
|                    |                | 路上                       | <input type="checkbox"/>   |                   |

|      |   |
|------|---|
| 最終結果 | <input type="checkbox"/> 運転再開に関して医学的に大きな問題はない（運転再開可能） |
|      | <input type="checkbox"/> 安全な運転を行うために、以下の条件で運転再開をお勧めした |
|      | <input type="checkbox"/> 医学的に運転再開を勧めることは難しい           |