

自動車運転評価資料

記載日 令和 年 月 日

氏名	性別 男・女 年齢 歳	評価日 令和 年 月 日
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／レーブンマトリックス／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 不可 訓練中 可 不可 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）		
※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） 連絡先電話番号および連絡希望時間など（ ）		

病院・施設名 _____

担当セラピスト名 _____

印 _____