

## チェックしてみましょう

- |   |                             |                              |
|---|-----------------------------|------------------------------|
| 1 過去5年以内において、病気（病気の治療に伴う症状を含みます。）を原因として、又は原因は明らかでないが、意識を失ったことがある。   | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 2 過去5年以内において、病気を原因として、身体の全部又は一部が、一時的に思い通りに動かせなくなったことがある。  | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 3 過去5年以内において、十分な睡眠時間を取っているにもかかわらず、日中、活動している最中に眠り込んでしまった回数が週3回以上となったことがある。   | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 4 過去1年以内において、次のいずれかに該当したことがある。<br>・飲酒を繰り返し、絶えず体にアルコールが入っている状態を3日以上続けたことが3回以上ある。<br>・病気の治療のため、医師から飲酒をやめるよう助言を受けているにもかかわらず、飲酒したことが3回以上ある。 | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 5 病気を理由として、医師から、運転免許の取得又は運転を控えるよう助言を受けている。  | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |

京都府舞鶴自動車学校 殿

令和 年 月 日

氏 名

## 次のことについても、チェックしてみましょう

- |   |                             |                              |
|---|-----------------------------|------------------------------|
| 1 教習中における手話通訳や筆談等の配慮を希望しますか。                                | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 2 二輪教習を受けようとする方で、聴覚に不安がありますか。<br>(普通車教習にも、原付を運転する教習内容があります) | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 3 角膜矯正用コンタクトレンズ（オルソレンズ等）を使用していますか。                          | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |

京都府舞鶴自動車学校 管理者 松田 弥三郎