

## 의 료 적 성 검 사 서 (신청인 작성)

성명	생년월일	성별	응시
		남성 [ ] 여성 [ ]	최초 [ ] 재수검 [ ]
전화번호			
주소			

※ 아래 항목들은 당신의 안전운전에 영향을 줄 수 있는 주요 질환들입니다. **운전 적합 판정이 아닌 의료적 상담을 위한 자료로 활용**하고자 하오니 대상자가 직접 확인하신 후 해당 란에 [√] 체크 하시기 바랍니다.

귀하는 아래 해당하는 증세 또는 질병으로 의료기관에서 진단 및 치료를 받고 있습니까?		진단여부		치료여부	
1	조현병	있음[ ]	없음[ ]	예[ ]	아니오[ ]
2	양극성장애, 우울증 등의 기타 정신장애	있음[ ]	없음[ ]	예[ ]	아니오[ ]
3	치매 (알츠하이머형 치매, 혈관성 치매 등)	있음[ ]	없음[ ]	예[ ]	아니오[ ]
4	파킨슨 질환	있음[ ]	없음[ ]	예[ ]	아니오[ ]
5	뇌전증 (간질)	있음[ ]	없음[ ]	예[ ]	아니오[ ]
6	수면장애 (졸음)	있음[ ]	없음[ ]	예[ ]	아니오[ ]
7	뇌혈관 질환 (뇌경색, 뇌출혈 등)	있음[ ]	없음[ ]	예[ ]	아니오[ ]
8	관상동맥 질환 (심근경색 등)	있음[ ]	없음[ ]	예[ ]	아니오[ ]
9	제세동기나 페이스메이커를 삽입한 경우	있음[ ]	없음[ ]	예[ ]	아니오[ ]
10	최근 2년 내 실신으로 진료 받음	있음[ ]	없음[ ]	예[ ]	아니오[ ]
11	기타	있음[ ]	없음[ ]	예[ ]	아니오[ ]

신청인 년 월 일  
(서명 또는 인)

## 의 료 적 성 검 사 서 (검진 의사 작성)

항 목	결 과	
신체계측	신장 / 체중	_____ cm / _____ kg
혈압/혈당	혈압	(수축기) _____ mmHg (이완기) _____ mmHg
	혈당_Capillary glucose	_____ mg/dL <small>(혈당 126mg/dL 이상일 때, 당화혈색소(HbA1c) 검사 시행)</small>
	당화혈색소(HbA1c)	_____ %
시기능	시력(나안/교정)	좌: _____ / 우: _____
	시야각	수평시야: _____ ° 수직시야: _____ ° 중심시야 20도 내 암점: 유 / 무 중심시야 20도 내 반맹: 유 / 무
인지기능	한국형 몬트리얼 인지검사(K-MoCA)	_____ 점
	미로검사 (Maze test)	_____ 초 _____ 회
운동 및 신체기능	일어나 빠르게 걷기 검사 (TUG test)	_____ 초
	악력검사 (Grip Strength)	_____ kg

의사면허번호 년 월 일  
검진 의사 (서명 또는 인)  
기관명 (직인)

첨부서류 1. 한국형 몬트리얼 인지평가(K-MoCA) 사본 1부.  
2. 미로검사(Maze test) 사본 1부  
※ 검진 의사 또는 의료기관이 원본과 대조·확인하고 서명 또는 날인하여야 합니다.

[ ] 일반택시

[ ] 개인택시

[ ] 일반화물

[ ] 개인화물

## 운전적성정밀검사(의료적성) 신청서

접수번호	접수일	발급일	처리기간	즉시
신청인	성명 (법인명 및 대표자 성명)		생년월일 (법인등록번호)	
	전화번호	운전경력 (사업용)		
	주소		년	개월

신청내용	<input type="checkbox"/> 의료적성검사서 발급 기관명(병원명) :
	<input type="checkbox"/> 의료기관 검사결과서 발급 기관명(병원명) : - 대체 검사(검진) 내용 : 혈압, 혈당, 시력, 시야각 (해당 항목에 ○ 표시)
신청내용	<input type="checkbox"/> 의료기관 검사결과서 발급 기관명(병원명) :
	<input type="checkbox"/> 의료기관 검사결과서 발급 기관명(병원명) : - 대체 검사(검진) 내용 : 혈압, 혈당, 시력, 시야각 (해당 항목에 ○ 표시)

「화물자동차 운수사업 운수종사자의 의료적성검사 관리규정」 제9조에 따라 운전적성정밀검사를 받고자 신청합니다.

년 월 일

신 청 인 (서명 또는 인)  
(법인의 경우에는 그 명칭 및 대표자)

### 한국교통안전공단 이사장 귀하

신청인 (대표자) 첨부서류	1. 본인 신분증 사본 1부.(본인확인용) 2. 별지 제1호서식에 따른 의료적성검사서 및 첨부서류 각 1부.(필수) 3. 의료기관 검사결과서(필요한 경우 모두 제출)	수수료 한국교통안전공단 이사장이 고시한 금액
----------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------