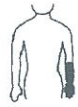
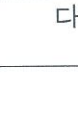
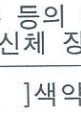
질병(疾病) · 신체에 관한 신고서(응시자가 작성)

※ 아래 내용은 운전면허 허가에 있어 중요한 내용으로, 응시자가 직접 확인하신 후 해당 란에(√) 체크 하시기 바랍니다.

	귀하는 아래 해당하는 증세로 인하여 병(의)원에서 치료 또는 사법기관에 단속 받은 사실이 있습니까?	응시자 있음	응시자 없음
1	치매		
2	정신분열병		
3	분열형 정동장애(기분장애)		
4	양극성 정동장애(조울병)		
5	재발성 우울장애		
6	정신발육지연(지적장애)		
7	뇌전증		
8	마약, 대마, 향정신성의약품, 알코올		
9	그 밖의 정신질환 등		
10	중심시야 20° 내 암점 또는 반맹		

귀하는 아래 신체장애 및 동등한 기능장애로 인해 병(의)원에서 치료받은 사실이 있습니까?

해당 사항 없음 ( )	( )	( )
( )	( )	( )
( )	 ( )	( )
( )	( )	( )
 ( )	 ( )	( )

다리, 머리, 척추 등의 장애로 앉아 있을 수 없는 신체 장애 ( )

11	색채식별 여부 (적색 · 녹색 · 황색의 구별)	[ ]정상 [ ]색약 [ ]색맹
12	청력	[ ]정상 [ ]40데시벨 이상 (보청기 사용) [ ]40데시벨 미만 (보청기 사용)

년 월 일

응시자 (서명 또는 인)

※ 만일 허위사실을 적어 운전면허를 받은 경우에는 「도로교통법」 제152조제3호에 따라 1년 이하의 징역이나 300만원 이하의 벌금형으로 처벌되고, 「도로교통법」 제93조제1항제8호에 따라 운전면허가 취소됩니다.

판정관 의견	[ ]적정 [ ]정밀검사 필요	판정관	(서명 또는 인)

신 체 검 사 서

(적성검사 신청일부터 2년 내에 발급된 것으로서 시력검사결과가 포함된 건강검진 결과 통보서, 진단서 또는 병역판정 신체검사 결과 통보서 제출 가능. 다만, 제1종 보통면허를 받은 사람으로서 한쪽 눈만 보지 못하는 사람의 경우 의사가 발급한 진단서를 제출해야 함)

시 력			그 밖의 의사소견	검사결과 적격여부
양안	좌	우		

년 월 일

병 원 장 (인)

의사면허번호 담당의사 (서명 또는 인)

담당의사 (인) ---------- 자르는 선 ----------

운전면허 신체검사서(병원 보관용)

성 명		주민등록번호	
주 소		연락처	

시 력			그 밖의 의사소견	검사결과 적격여부
양안	좌	우		

년 월 일

병 원 장 (인)

의사면허번호 담당의사 (서명 또는 인)

검사결과 기입 후 투명테이프 부착바랍니다.

※검사결과 적격여부는 의료기관 작성 불필요