

60歲以上職業汽車駕駛人體格檢查表

(注意事項及檢查標準詳見背面)

(A) 基本資料	姓名：	出生年月日：	年齡：	本人最近六個月內拍攝之一吋光面素色背景脫帽五官清晰正面半身黑白或彩色照片，並不得使用合成照片。
	性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	身分證號碼：	聯絡電話：	
	地址：			

(B) 自填部分	是否曾患有下列疾病？請打勾。如勾「是」或曾患之疾病，請再勾目前是否用藥。									
	項目及名稱	是否曾患之疾病		目前是否用藥		項目及名稱	是否曾患之疾病		目前是否用藥	
		是	否	是	否		是	否	是	否
	1. 高血壓					10. 眩暈症				
	2. 糖尿病					11. 重症肌無力				
	3. 心肌梗塞					12. 氣喘、肺功能障礙				
	4. 心律不整					13. 精神病				
	5. 狹心症					14. 慢性酒精中毒				
	6. 心臟瓣膜疾病					15. 藥物依賴或成癮				
	7. 其他心臟疾病： _____					16. 經常性打呼合併白天嗜睡				
8. 癲癇					17. 患有法定傳染病未經治癒 且須強制隔離治療：_____					
9. 腦中風										

(上述病症如不確定或不清楚，請
向檢查醫師詢問後並詳實填寫)

申請人：_____ (本人簽名)

(C) 體格檢查	1. 身高：_____ 公分	2. 體重：_____ 公斤
	3. 視力：左 (矯正：_____) 右 (矯正：_____)	
	4. 雙眼視力：_____ (矯正：_____)	5. 辨色力：_____
	6. 四肢是否健全：	
	7. 聽力：左 _____ 右 _____	8. 血壓：_____ / _____ mmHg
	9. 視野：_____	10. 夜視：_____
11. 胸部大片 X 光檢查：_____	12. 心電圖檢查：_____	

(D) 綜合檢查結果	<input type="checkbox"/> 可繼續領用職業汽車駕駛執照駕車	檢查日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日 檢查醫院：_____
	醫師建議事項：_____	
	醫師簽章及證書字號：_____	
<input type="checkbox"/> 不適宜領用職業汽車駕駛執照駕車		(加蓋印信)
醫師簽章及證書字號：_____		

◎以下為公路監理機關審核專用欄

承辦員蓋章：_____	登錄員：_____	經辦機關：_____
-------------	-----------	------------