

机动车驾驶人身体条件证明

申请人填报事项	申请人信息	姓名											性别		出生日期							国籍									
		身份证明名称											号码																		
		申请 / 已具有的准驾车型代号												档案编号																	
		邮寄地址											联系电话																		
	申告事项	本人如实申告 <input type="checkbox"/> 具有 <input type="checkbox"/> 不具有 下列疾病或者情况																													
<div><div><input type="checkbox"/>器质性心脏病</div><div><input type="checkbox"/>癫痫</div><div><input type="checkbox"/>美尼尔氏症</div><div><input type="checkbox"/>眩晕</div><div><input type="checkbox"/>癔病</div><div><input type="checkbox"/>震颤麻痹</div><div><input type="checkbox"/>精神病</div><div><input type="checkbox"/>痴呆</div><div><input type="checkbox"/>影响肢体活动的神经系统疾病等妨碍安全驾驶疾病</div><div><input type="checkbox"/>三年内吸食、注射毒品行为或者解除强制隔离戒毒措施未满三年，或者长期服用依赖性精神药品成瘾尚未戒除</div></div> 上述申告为本人真实情况和真实意思表示，如果不属实本人自愿承担相应的法律责任。																															
医疗机构填写事项	身高(cm)												辨色力		红绿色盲		(医疗机构章)														
	视力	左眼	单眼视力障碍		优眼水平视野		是否矫正	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无																							
		右眼	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否																							
	听力	佩戴助听装置	左耳		躯干和颈部		运动功能障碍																								
		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	右耳								<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无																				
	上肢	左上肢												下肢		左下肢		双下肢缺失或者丧失运动功能障碍是否能够自主坐立 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否													
右上肢		右下肢																													
申请方式		<input type="checkbox"/> 本人申请 <input type="checkbox"/> 委托_____代理申请																													
委托代理人信息		姓名											身份证明名称							号码											
		联系地址													电话																

备注：《机动车驾驶人身体条件证明》自体检之日起6个月内有效。

申请人签字：

医生签字：

代理人签字：