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 | | 身份证 | | | | | 号码 | |  | | | | | | | |
| 申 请 / 已 具 有 的  准 驾 车 型 代 号 | | | | «sqzjcxdh» | | | | | 档案编号 | |  | | | |  | |
| 邮寄  地址 | |  | | | | | | | 联系电话 | |  | | | |
| 申 告 事 项 | 本人如实申告 具有 不具有 下列疾病或者情况 | | | | | | | | | | | | | | |
| 器质性心脏病 癫 痫 美尼尔氏症 眩 晕  癔 病 震颤麻痹 精神病 痴 呆  影响肢体活动的神经系统疾病等妨碍安全驾驶疾病 三年内有吸食、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  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  有 无 | | | （医疗机构章） | |
| 视 力 | 左眼 | | 单眼视力障碍  是 否 | | | 优眼水平视野 | | | | 是否矫正 | | 是 否 | | |
| 右眼 | |  | | | | 是 否 | | |
| 听 力 | 佩戴助听装置  □是 □否 | | 左耳 | | | | | | | 躯干和颈部 | | 运 动 功 能 障 碍  有 无 | | | | |
| 右耳 | | | | | | |
| 上 肢 | 左上肢 | |  | | | | | | | 下 肢 | | 左下肢 | |  | | |
| 右上肢 | |  | | | | | | | 右下肢 | |  | | |
| 双下肢缺失或者丧失运动功能障碍是否能够自主坐立 □是 □否 | | | | |
| 申请方式 | | | 本人申请 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：