

第2号の5様式（第5の2(1)イ関係）

個別聴取書（無自覚性の低血糖症）

1 本部受理番号等

本部受理番号	免管・免试
受 理 者	所属 職・氏名
受 理 日	年 月 日 午前・午後 時 分
対象者氏名	

2 具体的な病名

病名 ☐ 糖尿病（☐ I型・☐ II型） ☐ その他（ ）

3 拒否又は取消し処分の有無（☐ 無・☐ 有）

処分年月日 年 月 日

4 低血糖症による意識障害の有無（☐ 無・☐ 有）

最終意識障害のあった日 年 月 日頃

過去5年以内の低血糖による意識障害の回数 回

意識障害時の状況（ ）

5 低血糖症による意識障害の原因

☐ 薬剤性低血糖症（インスリン注射等の作用によるもの）

☐ 薬剤性以外の低血糖症

6 血糖値の自己管理

※ 無自覚性の低血糖症に関する質問票を作成させる。

・最近では低血糖による意識障害の前兆を自覚（☐ できる・☐ できない）。

・意識消失した時は、低血糖による意識障害の前兆を自覚

（☐ できた・☐ できなかった）。

・最近では意識消失を回避するよう血糖管理が（☐ できる・☐ できない）。

低血糖を回避するためにしていること

7 通院の有無（☐ 無・☐ 有）

・病院名 診療科名 主治医

・通院期間 年 月頃 ～ 現在（又は 年 月頃まで）

・通院状況 月に 回

・通院を止めた理由（ ）

8 自動車の運転に関する医師への相談の有無（☐ 無・☐ 有）

【相談したことがある場合】

☐ 運転に支障が ない

☐ 運転に支障が ある

9 過去における公安委員会提出用診断書の提出の有無（☐ 無・☐ 有）

年 月の（☐ 更新・☐ 受験相談・☐ その他）時に提出した。

※ 職業、連絡先を聴取すること。

第2号の6様式（第5の2(1)イ関係）

個別聴取書（睡眠障害）

1 本部受理番号等

本部受理番号	免管・免试				
受 理 者	所 属		職・氏名		
受 理 日	年	月	日	午前・午後	時 分
対 象 者 氏 名					

2 具体的な病名

病名 ☐ 睡眠時無呼吸症候群 ☐ ナルコレプシー ☐ その他（ ）

3 眠気の原因について

- ☐ 十分な睡眠をとっているのに眠たくなる。
☐ 睡眠不足、疲労による眠気
☐ 原因不明
☐ その他（ ）

具体的な眠気の症状

4 通院の有無（☐ 無 ・ ☐ 有）

- ・ 病院名 診療科名 主治医
- ・ 通院期間 年 月 頃 ～ 現在（又は 年 月 頃まで）
- ・ 通院状況 月に 回
- ・ 通院を止めた理由（ ）

5 シーパップ使用の有無（☐ 無 ・ ☐ 有）

6 服薬の有無（☐ 無 ・ ☐ 有）

薬の効能及び薬名（ ）

7 エプワース眠気尺度による採点結果 点

※ 16点以上の者は、すべて診断書を求めること。

※ 16点未満の者でも、主治医から運転を控えてように言われている場合は、診断書の提出を求める。

8 自動車の運転に関する医師への相談の有無（☐ 無 ・ ☐ 有）

【相談したことがある場合】

- ☐ 運転に支障が ない
☐ 運転に支障が ある

9 過去における公安委員会提出用診断書の提出の有無（☐ 無 ・ ☐ 有）

年 月の（☐ 更新 ・ ☐ 受験相談 ・ ☐ その他）時に提出した。

10 睡眠不足、過労による眠気の場合

☐ 道路交通法違反（過労運転）になるので、そのような場合は運転しないよう指示をする。

※ 職業、連絡先を聴取すること。

第2号の7様式（第5の2(1)イ関係）

個別聴取書（脳卒中）

1 本部受理番号等

本部受理番号	免管・免试				
受 理 者	所 属		職・氏名		
受 理 日	年	月	日	午前・午後	時 分
対象者氏名					

2 具体的な病名

病名 ☐ 脳梗塞 ☐ 脳出血 ☐ くも膜下出血 ☐ その他()

3 発症時の症状

- ・発症日 年 月 頃
- ・意識消失の有無 (☐ 無 ・ ☐ 有)
- ・症状()
- ・開頭手術の有無 (☐ 無 ・ ☐ 有)
- ・再発の有無 (☐ 無 ・ ☐ 有)
- 最終発症日 年 月 頃

4 通院の有無 (☐ 無 ・ ☐ 有)

- ・病院名 診療科名 主治医
- ・通院期間 年 月 頃 ～ 現在 (又は 年 月 頃まで)
- ・通院状況 月に 回
- ・通院を止めた理由()

5 服薬の有無 (☐ 無 ・ ☐ 有)

- ・薬の種類()

6 てんかんの症状の有無 (☐ 無 ・ ☐ 有)

※ 有の場合は、個別聴取書（てんかん）についても併せて作成する。

7 認知機能の確認（認知機能の簡易検査の実施）

- ・特異な言動の有無 (☐ 無 ・ ☐ 有)
- ・認知機能の低下の有無 (☐ 無 ・ ☐ 有)
 - ☐ 認知機能に障害があり、現在、リハビリ中（治療中）である。
 - ☐ 言語 ☐ 記憶力 ☐ 判断力 ☐ その他()
 - ☐ 認知機能が低下し、慢性化している。

※ 認知機能の低下が慢性化している場合は、臨適又は診断書（認知症）の提出を求める。

8 運動能力の障害の有無 (☐ 無 ・ ☐ 有)

- ・運転免許の条件付与の要否 (☐ 否 ・ ☐ 要)
 - ☐ 条件が付与された後、症状の悪化がない。
 - ☐ 今回、条件の付与が必要

9 自動車の運転に関する医師への相談の有無 (☐ 無 ・ ☐ 有)

【相談したことがある場合】

- ☐ 運転に支障が ない
- ☐ 運転に支障が ある

10 過去における公安委員会提出用診断書の提出の有無 (☐ 無 ・ ☐ 有)

年 月の (☐ 更新 ・ ☐ 受験相談 ・ ☐ その他) に提出した。

※ 職業、連絡先を聴取すること。

第2号の8様式（第5の2(1)イ関係）

個別聴取書（認知症）

1 本部受理番号等

本部受理番号	免管・免试
受 理 者	所属 職・氏名
受 理 日	年 月 日 午前・午後 時 分
対象者氏名	

2 具体的な病名

☐ 認知症

- ☐ アルツハイマー ☐ 脳血管性認知症 ☐ ピック病 ☐ レビー小体型
☐ その他（ ） ☐ 病名不明

☐ 認知症の疑い

3 症状

- ・発症の時期 年 月頃 （ 歳頃）
・具体的症状（ ）

4 交通違反、交通事故等の有無（☐ 無 ・ ☐ 有）

- ・最近の交通違反 回
・最近の交通事故 回
・使用車両の損傷の状況（ ）

5 通院の有無（☐ 無 ・ ☐ 有）

- ・病院名 診療科名 主治医
・通院期間 年 月頃 ～ 現在（又は 年 月頃まで）
・通院状況 月に 回
・通院を止めた理由（ ）

6 服薬の有無（☐ 無 ・ ☐ 有）

- ・薬の種類（☐ アリセプト ☐ レミニール ☐ その他（ ））

7 簡易検査の実施

- ・手真似（キツネ、蝶） ☐ できた ☐ できない
・時計描画
☐ 認知症が疑われる描画が ある
☐ 認知症が疑われる描画が なし

8 自動車の運転に関する医師への相談の有無（☐ 無 ・ ☐ 有）

【相談したことがある場合】

- ☐ 運転に支障が ない
☐ 運転に支障が ある

9 過去における公安委員会提出用診断書の提出の有無（☐ 無 ・ ☐ 有）

年 月の（☐ 更新 ・ ☐ 受験相談 ・ ☐ その他）時に提出した。

10 家族の意見

- ・意見
☐ 免許取り消しを希望 ☐ 申請による取り消しを希望
☐ 免許は必要だが運転はさせたくない ☐ 免許の継続を希望
☐ その他（ ）
・理由（ ）

※ 職業、連絡先を聴取すること。

第2号の9様式（第5の2(1)イ関係）

個別聴取書（アルコールの中毒者）

1 本部受理番号等

本部受理番号	免管・免试
受 理 者	所属 職・氏名
受 理 日	年 月 日 午前・午後 時 分
対象者氏名	

2 具体的な病名

病名 ☐ アルコール依存症（中毒症） ☐ その他（_____）

3 症状

- ・発症の時期_____年_____月頃（_____歳頃）
- ・具体的症状（_____）

4 離脱症状の有無（☐ 無・☐ 有）

☐ 手の震え ☐ 不眠 ☐ 嘔吐 ☐ 下痢 ☐ その他（_____）

5 幻覚（幻聴・幻視・妄想）、健忘症の有無（☐ 無・☐ 有）

☐ 過去

☐ 現在

6 断酒の状況

☐ 断酒ができている（断酒の期間_____年_____月頃から現在まで）。

☐ 断酒ができている。

飲酒の状況・程度（_____）

7 通院の有無（☐ 無・☐ 有）

・病院名_____診療科名_____主治医_____

・通院期間_____年_____月頃～現在（又は_____年_____月頃まで）

・通院状況_____月に_____回

・通院を止めた理由（_____）

8 入院歴の有無（☐ 無・☐ 有・☐ 入院中）

病院名_____回数_____回

_____年_____月_____日～_____年_____月_____日（現在）

9 自動車の運転に関する医師への相談の有無（☐ 無・☐ 有）

【相談したことがある場合】

☐ 運転に支障がない

☐ 運転に支障がある

10 過去における公安委員会提出用診断書の提出の有無（☐ 無・☐ 有）

_____年_____月の（☐ 更新・☐ 受験相談・☐ その他）時に提出した。

11 酒臭の有無（☐ 無・☐ 有）

12 顔色や言動等の異常の有無（☐ 無・☐ 有）

担当者メモ（具体的な状況を記載）

※ 職業、連絡先を聴取すること。

一定の病気等に係る安全運転相談受理簿

（ 年）

受理番号	本部番号	受 理 日	受 理 者	受理時確認	氏 名 生 年 月 日	年 齢	住 所	病 名	診断書交付	診断書受理日	送付日	備 考
	管・試	／							有・無	／	／	
	管・試	／							有・無	／	／	
	管・試	／							有・無	／	／	
	管・試	／							有・無	／	／	
	管・試	／							有・無	／	／	
	管・試	／							有・無	／	／	
	管・試	／							有・無	／	／	
	管・試	／							有・無	／	／	
	管・試	／							有・無	／	／	
	管・試	／							有・無	／	／	

1 受理番号欄は、各所属及び幹部派出所の一連番号（暦年）を記載する。

2 本部番号欄は、本部主管課の管理番号（連報番号）を記載する。

3 備考欄は、診断書不提出の理由を記載する。「例：自主返納」

第4号様式（第5の3(3)関係）

一定の病気等に係る安全運転相談管理簿

(年)

管理番号	所 属 受理番号	受 理 日	受 理 者	氏 名	年 齢	住 所	病 名	受理種別	診断書交付	関係書類受理日	備 考
		/						更新・相談	有・無	/	
		/						更新・相談	有・無	/	
		/						更新・相談	有・無	/	
		/						更新・相談	有・無	/	
		/						更新・相談	有・無	/	
		/						更新・相談	有・無	/	
		/						更新・相談	有・無	/	
		/						更新・相談	有・無	/	
		/						更新・相談	有・無	/	
		/						更新・相談	有・無	/	

1 管理番号欄は、一連番号（暦年）を記載する。

2 所属受理番号欄は、各所属の受理番号を記載する。

第5号様式（第5の3(4)ア関係）

5	年	保	存
(	年	月	日まで)

F N . D 4 - 2 - 1

交 第 号

年 月 日

本部長 殿

署 (課) 長

担当	交通係	TEL	
----	-----	-----	--

病状等相談受理報告書（免許保有者用）

一定の病気等に係る安全運転相談を受理した結果は、下記のとおりであるので報告する。

記

1 対象者

住所

職業

氏名

生年月日

免許証番号

連絡先

2 相談受理日等

(1) 相談受理 ☐ 初回相談受理日のとおり ☐ (年 月 日)

(2) 診断書提出日 (年 月 日)

(3) 診断書に記載された作成日 (年 月 日)

3 病名（診断書記載の疾病名）

4 添付書類

☐ 病状等相談受理票 ☐ 個別聴取書 ☐ 診断書 ☐ 電話受発書

☐ 運転免許更新申請書（写）又は運転免許証（写）

☐ 質問票（写）又は報告書 ☐ その他（ ）

5 安全運転相談終了書の必要性

☐ 有（理由： ） ☐ 無

6 その他

※ 特記事項があれば記載する。

本部長 殿	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">年</td> <td style="text-align: center;">保</td> <td style="text-align: center;">存</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">(</td> <td style="text-align: center;">年</td> <td style="text-align: center;">月</td> <td style="text-align: center;">日まで)</td> </tr> </table> F N . D 5 - 1 - 1 交 第 号 年 月 日 署 長 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">担当</td> <td style="width: 25%;">交通係</td> <td style="width: 25%;">TEL</td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table>	5	年	保	存	(	年	月	日まで)	担当	交通係	TEL	
5	年	保	存										
(	年	月	日まで)										
担当	交通係	TEL											

病状等相談受理報告書（免許非保有者用）

病気の病状等申告者に対し、病状等相談を受理した結果は、下記のとおりであるので報告する。

記

- 1 相談者
 - (1) 住所
(フリガナ)
氏名 年 月 日生 (歳)
職業
連絡先 (自宅) 携帯
 - (2) 免許経歴 (☐ 有 ・ ☐ 無)
交付日 免番
免許種別
☐ 失効、 ☐ 取消 (年 月 日)
- 2 面接日時
 - (1) 相談実施 (年 月 日)
 - (2) 診断書受理 (年 月 日)
- 3 身体機能障害の有無 (☐ 有 ・ ☐ 無)
- 4 病名
- 5 相談内容
(自覚症状、通院状況、入退院歴、意識喪失の有無、最終発作日等)

- 6 添付書類

☐ 病状等相談受理簿（写し） ☐ 診断書の原本 ☐ 電話受発書（写し）
☐ 本人確認書類（写し）
☐ 通院の状況等がわかる書類等（写し）
☐

一定の病気等に係る安全運転相談確認票

年

月	日	課 長 署 長	理事官 副署長等	課長補佐 課 長	指 示 事 項
1 月					
2 月					
3 月					
4 月					
5 月					
6 月					
7 月					
8 月					
9 月					
10月					
11月					
12月					

※ 署長等は、毎月1回、一定の病気等に係る処理状況を確認し、所定の欄に押印すること。

※ 確認の結果、適正を欠く場合には、これを是正するための指示を行い、指示事項欄に記載するとともに、次回確認時、指示の履行状況も確認すること。

1 年 未 満 保 存
(年 月 日まで)

号 外
年 月 日

本部長 殿

署 長

担当 TEL

臨適等検討対象者報告書

道路交通法第102条第4項に規定する

- ☐ 幻覚の症状を伴う精神病
☐ 発作により意識障害又は運動障害をもたらす病気
☐ 自動車等の安全な運転に支障を及ぼすおそれがある病気
☐ 認知症
☐ アルコール、麻薬、大麻、あへん又は覚せい剤の中毒者
 により臨時適性検査又は診断書提出命令の対象となり得る者を発見したの
 で報告する。

住 所	
氏 名	
免許証番号	第 号 年 月 日 鹿児島県（ ）公安委員会交付
端 緒	人身事故、物損事故 交通違反、保護、第三者の通報、個別聴取 その他（ ）
理 由	
備 考	

※ 関係書類の写しを添付すること。医師からの届出は届出受理書を使用

安 全 運 転 相 談 終 了 書

住 所	
氏 名	
生 年 月 日	年 月 日生
相 談 終 了 日	年 月 日
相談終了番号	第 号
相談受付窓口	☐ 鹿児島県総合運転免許試験場（免許試験課） ☐ 鹿児島県交通安全教育センター（免許管理課）

☐ 1年

今後、 以内に、当公安委員会に対し、運転免許の申請又は運

☐ 6月

転免許証の更新の申請を行う場合は、本終了書を持参してください。

なお、本終了書の有効期限は、 年 月 日です。

年 月 日

鹿児島県公安委員会 図

届 出 書

年 月 日

鹿児島県公安委員会 殿

道路交通法第101条の6第1項の規定により届け出ます。

届出医師

住 所

医療機関名

氏 名

患 者	住 所		
	フリガナ		男 ・ 女
	氏 名		
	生年月日	年 月 日生 (歳)	
病 名			
症 状			
参 考 事 項			

第11号様式（第8の1(1)関係）

5	年	保	存
(	年	月	日まで)

F N . D 4 - 6 - 0

交 第 号

年 月 日

鹿児島県公安委員会 殿

署（課）長

担当	交通係	TEL	
----	-----	-----	--

届 出 受 理 書

道路交通法第101条の6第1項に基づく届出を受理したので報告する。

受 理 日 時	年 月 日 () 午前・後 時 分		
受 理 者	所属 課・署 官職 氏名		
受 理 方 法	☐ 郵送 ☐ 電話 ☐ E-mail ☐ その他 ()		
届 出 医 師	住 所		
	氏 名		
	医療機関名	電話 ()	
	確認方法	☐ 面接 ☐ 電話 ☐ その他 ()	
患 者	住 所		
	氏 名	性別	男・女
	生年月日	年 月 日 (歳)	
受理内容 (・病名) (・症状)			
措 置 状 況			

第12号様式（第8の1(4)関係）

届出書・届出受理書取扱簿

受理 番号	受 理 日	医療機関名・氏名	患 者 名	送付警察署（等）	免管受理状況	病 名	届出後措置	措置年月日	備 考
1	年 月 日			☐ (署・隊) ☐ 免許管理課	☐ 口頭 ☐ 電話 ☐ 文書 ()				
2	年 月 日			☐ (署・隊) ☐ 免許管理課	☐ 口頭 ☐ 電話 ☐ 文書 ()				
3	年 月 日			☐ (署・隊) ☐ 免許管理課	☐ 口頭 ☐ 電話 ☐ 文書 ()				
4	年 月 日			☐ (署・隊) ☐ 免許管理課	☐ 口頭 ☐ 電話 ☐ 文書 ()				
5	年 月 日			☐ (署・隊) ☐ 免許管理課	☐ 口頭 ☐ 電話 ☐ 文書 ()				
6	年 月 日			☐ (署・隊) ☐ 免許管理課	☐ 口頭 ☐ 電話 ☐ 文書 ()				
7	年 月 日			☐ (署・隊) ☐ 免許管理課	☐ 口頭 ☐ 電話 ☐ 文書 ()				
8	年 月 日			☐ (署・隊) ☐ 免許管理課	☐ 口頭 ☐ 電話 ☐ 文書 ()				
9	年 月 日			☐ (署・隊) ☐ 免許管理課	☐ 口頭 ☐ 電話 ☐ 文書 ()				
10	年 月 日			☐ (署・隊) ☐ 免許管理課	☐ 口頭 ☐ 電話 ☐ 文書 ()				

注1 免管受理状況欄「☐ 文書」には郵送・E-mail・手交等を記入する。

2 届出後措置欄には、「取消し」等を記入する。

届 出 移 送 通 知 書

鹿 公 委 第 号
年 月 日

公安委員会 殿

鹿児島県公安委員会 印

道路交通法第101条の6第4項の規定により、下記の者について届出移送
通知書を送付する。

住 所	
氏 名	
免許証の番号	第 号 年 月 日 公安委員会交付
理 由	
備 考	

備考 医師の届出に係る受理票（写）等を添付すること。
用紙の大きさは、日本産業規格A列4番とする。

届出書等移送簿

[illegible]

第15号様式（第8の1(5)関係）

届出書等移送受理簿

[illegible]

確 認 要 求 書

年 月 日

鹿児島県公安委員会 殿

道路交通法第101条の6第2項の規定により確認を求めます。

要求医師

住 所

医療機関名

氏 名

患 者	住 所		
	フリガナ		男 ・ 女
	氏 名		
	生年月日	年 月 日生 (歳)	

(回答書送付先)

医療機関名	
所 在 地	〒 -
電 話 番 号	

5	年	保	存
(	年	月	日まで)

F N . D 4 - 6 - 0

交 第 号

年 月 日

鹿児島県公安委員会 殿

署 (課) 長

担当	交通係	TEL	
----	-----	-----	--

確 認 要 求 受 理 書

道路交通法第101条の6第2項に基づく確認を求められたので報告する。

受 理 日 時	年 月 日 () 午前・後 時 分		
受 理 者	所属	課・署	官職 氏名
受 理 方 法	☐ 郵送 ☐ 電話 ☐ E-mail ☐ その他 ()		
届 出 医 師	住 所		
	氏 名		
	医療機関名	電話 ()	
	確認方法	☐ 面接 ☐ 電話 ☐ その他 ()	
患 者	住 所		
	氏 名	性別	男 ・ 女
	生年月日	年 月 日 (歳)	
受 理 内 容			
運 転 免 許 保 有 状 況	対象者に係る運転免許は、 年 月 日現在、 ☐ 保有している。(種別 有効) ☐ 保有していない。 ただし、仮運転免許を受けた者であるかは不明である。		

確認要求書・確認要求受理書取扱簿

受理 番号	受 理 日	医療機関名・氏名	患 者 名 (疑われる病名)	送 付 署 等	送付書類	備 考
1	年 月 日		()	署(隊) ☐ 免管(口頭、電話、文書)	☐ 確認要求書 ☐ 確認要求受理書 ☐	
2	年 月 日		()	署(隊) ☐ 免管(口頭、電話、文書)	☐ 確認要求書 ☐ 確認要求受理書 ☐	
3	年 月 日		()	署(隊) ☐ 免管(口頭、電話、文書)	☐ 確認要求書 ☐ 確認要求受理書 ☐	
4	年 月 日		()	署(隊) ☐ 免管(口頭、電話、文書)	☐ 確認要求書 ☐ 確認要求受理書 ☐	
5	年 月 日		()	署(隊) ☐ 免管(口頭、電話、文書)	☐ 確認要求書 ☐ 確認要求受理書 ☐	
6	年 月 日		()	署(隊) ☐ 免管(口頭、電話、文書)	☐ 確認要求書 ☐ 確認要求受理書 ☐	
7	年 月 日		()	署(隊) ☐ 免管(口頭、電話、文書)	☐ 確認要求書 ☐ 確認要求受理書 ☐	
8	年 月 日		()	署(隊) ☐ 免管(口頭、電話、文書)	☐ 確認要求書 ☐ 確認要求受理書 ☐	
9	年 月 日		()	署(隊) ☐ 免管(口頭、電話、文書)	☐ 確認要求書 ☐ 確認要求受理書 ☐	
10	年 月 日		()	署(隊) ☐ 免管(口頭、電話、文書)	☐ 確認要求書 ☐ 確認要求受理書 ☐	

注1 送付署等欄の「文書」には郵送・E-mail・手交等を記入する。

回 答 書

年 月 日

殿

鹿児島県公安委員会 印

道路交通法第101条の6第2項に基づき、下記のとおり回答します。

記

患 者	住 所			
	氏 名		性別	男 ・ 女
	生年月日			
運転免許の有無		対象者は、 年 月 日現在、運転免許を ☐ 受けた者である。 ☐ 受けた者ではない。 ただし、仮運転免許証を受けた者であるかは、不明である。		

（備考）

この回答書の内容を他人に漏らした場合は、刑法（明治40年法律第45号）
第134条（秘密漏示）が適用されます。

確認要求照会回答処理簿

番号	受理年月日	警察署等	照会者		患者名 (疑われる病名)	回答年月日	免許の有無
			医療機関名	医師名			
1	/					/	
2	/					/	
3	/					/	
4	/					/	
5	/					/	
6	/					/	
7	/					/	
8	/					/	
9	/					/	
10	/					/	
11	/					/	
12	/					/	
13	/					/	
14	/					/	
15	/					/	
16	/					/	
17	/					/	
18	/					/	
19	/					/	
20	/					/	

運転免許の効力停止処分解除通知書

道路交通法第104条の2の3第1項の規定により、下記のとおりあなたの
運転免許の効力停止処分を、 年 月 日付けで解除したので通
知します。

年 月 日

鹿児島県公安委員会 図

住 所	
氏 名	
免許証の番号	第 号 年 月 日 公安委員会交付
免許の種類	
理 由	道路交通法第103条第1項第 号に該当しないことが 明らかになったため

臨 適 等 検 討 対 象 者 通 報 書

鹿 免 管 第 号
年 月 日

県警察本部担当課長 殿

鹿児島県警察本部
免 許 管 理 課 長 印

道路交通法第102条第4項に規定する臨時適性検査又は診断書提出命令の
対象となり得る者を発見したので通報する。

住 所	
氏 名	
免許証番号	第 号 年 月 日 公安委員会交付
端 緒	
理 由	
備 考	

備考 用紙の大きさは、日本産業規格A列4番とする。

弁 明 通 知 書

殿

年 月 日

鹿児島県公安委員会 印

あなたに対する道路交通法第104条の2の3第1項の規定による運転免許の
停止処分について、道路交通法第104条の2の3第2項の規定により、処分を
受けた日から起算して5日以内に、下記の場所で弁明することができます。

なお、弁明は、代理人をもって行うことができ、弁明の際には有利な証拠を
提出することができます。

弁明することができる場所	
--------------	--

弁明の機会の付与に際しての留意事項

- 1 弁明は口頭により行います。
- 2 あなたは、あなたに代わり代理人を出頭させることができます。代理人を出頭させるときは、指定された日までに、代理人の氏名、住所、代理人との関係及び弁明の機会の付与に関する一切の行為を委任する旨を記載した書面を提出してください。
- 3 あなたは、補佐人を出頭させることができます。補佐人を出頭させるときは、指定した日までに、補佐人の氏名、住所、補佐人との関係及び補佐する事項を記載した書面を提出し、主宰者の許可を得てください。
- 4 弁明は、指定された日までに行ってください。ただし、特にやむを得ない事情があれば弁明の日時を変更することができますので、処分を受けた警察署又は鹿児島県警察本部免許管理課に申出てください。
- 5 あなた又はあなたの代理人が、正当な理由がなく指定された日までに弁明をしなかった場合は、弁明の機会の権利を放棄したものとみなします。

臨時適性検査通知書

年 月 日

住所

殿

鹿児島県公安委員会 印

あなたは、認知機能検査等の結果、「認知症のおそれがある」との判定を受けたことから、道路交通法第102条第 項の規定による臨時適性検査（認知症の専門医による診断）を受けていただくことになりましたので、通知します。

この通知を受け、やむを得ない理由なく臨時適性検査を受けない場合は、
拒否
保留
取消
効力の停止
の処分を受けることとなりますので、御注意ください。

適性検査を行う 理由となった 認知機能検査等の結果	
適性検査の期日	
適性検査の場所	
備考	

※ この通知について、不明な点がある場合には、鹿児島県警察本部交通部免許管理課〇〇係までお問い合わせください。

鹿児島県警察本部交通部免許管理課〇〇係
住所 鹿児島市南栄5丁目1番2号
電話 (099) 266-0111 (内線〇〇〇〇)

臨 時 適 性 検 査 通 知 書

（運転免許試験合格者）

年 月 日

住 所

殿

鹿児島県公安委員会 印

道路交通法第102条第4項に規定する適性検査を下記のとおり実施いたしますので通知します。

なお、この通知を受け、適性検査を受けない場合は、

臨 時 適 性 検 査 の 通 知 （ 運 転 免 許 の 保 留 ）

を受けることとなります。

運転免許の拒否又は臨時適性検査の通知（運転免許の保留）

記

適性検査を行う理由	
適性検査を行う期日	
適性検査を行う場所	
その他の必要事項	
備 考	

※ 適性検査を受けない場合の「運転免許の拒否又は臨時適性検査の通知（運転免許の保留）」については、やむを得ない理由のため適性検査を受けなかったと認められる場合には、「臨時適性検査の通知（運転免許の保留）」、その他の場合には「運転免許の拒否」の処分を受けることとなることを意味します。

臨時適性検査通知書

（運転免許既得者）

年 月 日

住 所

殿

鹿児島県公安委員会 団

第4項

道路交通法第102条 に規定する適性検査を下記のとおり実施いたしますので通

第5項

知します。

なお、この通知を受け、やむを得ない理由なく適性検査を受けない場合は、運転免許の
取 消 し

を受けることとなります。

効力の停止

記

適性検査を行う理由	
適性検査を行う期日	
適性検査を行う場所	
その他の必要事項	
備 考	

※ 運転免許を受けた方がやむを得ない理由のため適性検査を受けなかったと認められる
場合には、運転免許の取消し又は停止の処分を受けることはありません。

第24号の4様式（第10の2(1)関係）

臨時適性検査通知書
(仮運転免許試験合格者)

年 月 日

住 所

殿

鹿児島県公安委員会 印

道路交通法第102条第4項に規定する適性検査を下記のとおり実施いたしますので通知します。

記

適性検査を行う理由	
適性検査を行う期日	
適性検査を行う場所	
その他の必要事項	
備 考	

臨時適性検査通知書

（仮運転免許既得者）

年 月 日

住 所

殿

鹿児島県公安委員会 印

第4項

道路交通法第102条 に規定する適性検査を下記のとおり実施いたしますので通

第5項

知します。

なお、この通知を受け、やむを得ない理由なく適性検査を受けない場合は、道路交通法施行令第37条の7第1号に掲げる場合を除き、仮運転免許の取消しの処分を受けることとなります。

記

適性検査を行う理由	
適性検査を行う期日	
適性検査を行う場所	
その他の必要事項	
備 考	

- ※ 1 運転免許を受けた方がやむを得ない理由のため適性検査を受けなかったと認められる場合には、仮運転免許の取消し処分を受けることはありません。
- 2 道路交通法施行令第37条の7第1号に掲げる場合とは、運転免許を受けた方から自ら身体的適性について適性検査を受けたい旨の申出があり、その申出に理由があるとして臨時適性検査を行う場合（一定の場合を除く。）のことです。

第24号の6様式（第10の2(1)関係）

臨時適性検査通知書
(国際運転免許証等所持者)

年 月 日

住 所

殿

鹿児島県公安委員会 印

道路交通法第107条の4第1項に規定する適性検査を下記のとおり実施いたしますので通知します。

記

適性検査を行う理由	
適性検査を行う期日	
適性検査を行う場所	
その他の必要事項	
備 考	

第24号の7様式（第10の2(1)関係）

臨時適性検査通知書

年 月 日

住所

殿

鹿児島県公安委員会 印

あなたは、認知症のおそれ（疑い）があることから、道路交通法第102条第4項の規定による臨時適性検査（認知症の専門医による診断）を受けていただくことになりましたので、通知します。

この通知を受け、やむを得ない理由なく臨時適性検査を受けない場合は、
拒否
運転免許の取り消し
効力の停止
留置
の処分を受けることとなりますので、御注意ください。

適性検査を行う理由	
適性検査の期日	
適性検査の場所	
備考	

※ この通知について、不明な点がある場合には、鹿児島県警察本部交通部免許管理課
〇〇係までお問い合わせください。

鹿児島県警察本部交通部免許管理課〇〇係
住所 鹿児島市南栄5丁目1番2号
電話 (099) 266-0111 (内線〇〇〇〇)

医 師 の 皆 様 へ

認知機能検査等（※）の結果、認知症の疑いがありますので、
診断をお願いします。

なお、この診断に御不明な点がある場合やトラブルがあった
場合には、下記の担当者までお問い合わせください。

鹿児島県警察本部交通部免許管理課

（参照）

※ 認知機能検査等は、「手がかり再生」（16の記憶項目を再生すること
による記憶力の検査）及び「時間の見当識」（自らがおかれている時
を正しく認識しているかについての検査）からなる検査で、100点満
点中36点未満を道路交通法等において「認知症のおそれがある」と定
めています。

検査内容等は警察庁HPで公表しています。

鹿児島県警察本部交通部免許管理課〇〇係
住所 鹿児島市南栄5丁目1番2号
電話 （099）266-0111（内線〇〇〇〇）

医 師 の 皆 様 へ

認知症の疑いがありますので、診断をお願いします。

なお、この診断に御不明な点がある場合やトラブルがあった場合には、下記の担当者までお問い合わせください。

鹿児島県警察本部交通部免許管理課

鹿児島県警察本部交通部免許管理課〇〇係

住所 鹿児島市南栄5丁目1番2号

電話 (099) 266-0111 (内線〇〇〇〇)

診断書提出命令書

年 月 日

住所

殿

鹿児島県公安委員会 印

あなたは、認知機能検査等の結果、「認知症のおそれがある」との判定を受け、認知症のおそれ（疑い）があることから、道路交通法第102条第 項の規定により、下記のとおり、道路交通法施行規則第29条の3第3項に規定する要件を満たす医師の診断書（認知症の専門医又は主治医（かかりつけ医）が作成した診断書であって、診断に係る検査の結果及び認知症に該当しないと認められるかどうかに関する当該医師の意見が記載されているもの）を提出していただくようお願いします。

なお、やむを得ない理由なく診断書を提出しない場合は、
 が拒否される
 運転免許 が保留される こととなりますので、御注意ください。
 が取り消される
 の効力が停止される

また、提出された診断書が上記の要件（認知症の専門医又は主治医（かかりつけ医）が作成した診断書であって、診断に係る検査の結果及び認知症に該当しないと認められるかどうかに関する当該医師の意見が記載されているもの）を満たさない場合、上記の運転免許の行政処分を行うか、改めて臨時適性検査又は診断書提出命令を行うこととなりますので、御注意ください。

診断書の提出を命ずる理由となった認知機能検査等の結果	
診断書の提出期限	
診断書の提出先	
備考	

※ この通知について、不明な点がある場合には、鹿児島県警察本部交通部免許管理課
 ○○係までお問い合わせください。

鹿児島県警察本部交通部免許管理課○○係
 住所 鹿児島市南栄5丁目1番2号
 電話 (099) 266-0111 (内線○○○○)

第25号の2様式（第10の2(2)関係）

診断書提出命令書

年 月 日

住所

殿

鹿児島県公安委員会 印

あなたは、認知症のおそれ（疑い）があることから、道路交通法第102条第4項の規定により、下記のとおり、道路交通法施行規則第29条の3第4項に規定する要件を満たす医師の診断書（認知症の専門医又は主治医（かかりつけ医）が作成した診断書であって、診断に係る検査の結果及び認知症に該当しないと認められるかどうかに関する当該医師の意見が記載されているもの）を提出していただくようお願いします。

なお、やむを得ない理由なく診断書を提出しない場合は、
 が拒否される
 運転免許が保留される こととなりますので、御注意ください。
 が取り消される
 の効力が停止される

また、提出された診断書が上記の要件（認知症の専門医又は主治医（かかりつけ医）が作成した診断書であって、診断に係る検査の結果及び認知症に該当しないと認められるかどうかに関する当該医師の意見が記載されているもの）を満たさない場合、上記の運転免許の行政処分を行うか、改めて臨時適性検査又は診断書提出命令を行うこととなりますので、御注意ください。

診断書の提出を命ずる理由	
診断書の提出期限	
診断書の提出先	
備考	

※ この通知について、不明な点がある場合には、鹿児島県警察本部交通部免許管理課
 ○○係までお問い合わせください。

鹿児島県警察本部交通部免許管理課○○係
 住所 鹿児島市南栄5丁目1番2号
 電話 (099) 266-0111 (内線○○○○)

鹿 公 委 第 号
年 月 日

（認定医）

様

鹿児島県公安委員会

臨時適性検査依頼書

道路交通法の規定による臨時適性検査の実施を下記のとおり依頼します。

記

1 検査対象者

住 所

氏 名

年 月 日生（ 歳）

2 検査の理由

3 検査年月日

年 月 日 午前・午後 時

4 検査事項

5 連絡先

住 所

所 属

担 当 係

電話番号

鹿 免 管 第 号
年 月 日

県警察本部担当課長 殿

鹿児島県警察本部
免 許 管 理 課 長

臨時適性検査関係書類移送通知書

見出しのことについて、下記のとおり臨時適性検査対象者が貴県に住所を有していることから、関係書類を移送します。

記

住 所	
氏 名	
免許証番号	第 号 年 月 日 公安委員会交付
備 考	

適 性 検 査 受 検 命 令 書

年 月 日

住 所

殿

鹿児島県公安委員会 印

第90条第8項
 道路交通法 の規定により、下記のとおり適性検査の受検を命じます。
 第103条第6項

拒 否 又 は 保 留
 保 留
 なお、この命令に違反して適性検査を受けない場合は、運転免許の 取消し又は効力の停止
 効 力 の 停 止

の処分を受けることとなります。

記

適性検査を行う理由	
適性検査を行う期日	
適性検査を行う場所	
その他の必要事項	
備 考	

※ 適性検査を受けない場合の運転免許の「拒否又は保留」又は「取消し又は効力の停止」については、やむを得ない理由のため適性検査を受けなかったと認められる場合には、それぞれ「保留」又は「効力の停止」の処分を受け、その他の場合にはそれぞれ「拒否」又は「取消し」の処分を受けることとなることを意味します。

診 断 書 提 出 命 令 書

（認知機能検査基準該当者以外）

年 月 日

住 所

殿

鹿児島県公安委員会 印

第90条第8項
 道路交通法 の規定により、下記のとおり道路交通法施行細則
 第103条第6項

第18条の4第2項
 に規定する要件を満たす医師の診断書の提出を命じます。

第29条の5第2項

拒 否 又 は 保 留
 保 留
 取消し又は効力の停止
 効 力 の 停 止

なお、この命令に違反して診断書を提出しない場合は、運転免許の
 の処分を受けることとなります。

記

診断書の提出を命ずる 理 由	
診 断 書 の 提 出 期 限	
診 断 書 の 提 出 先	
そ の 他 の 必 要 事 項	
備 考	

- ※ 1 診断書を提出しない場合の運転免許の「拒否又は保留」又は「取消し又は効力の停止」については、やむを得ない理由のため診断書を提出しなかったと認められる場合には、それぞれ「保留」又は「効力の停止」の処分を受け、その他の場合にはそれぞれ「拒否」又は「取消し」の処分を受けることとなることを意味します。
- 1 道路交通法施行細則第18条の4第2項及び第29条の5第2項に規定する要件とは、主治医が作成し、処分の事由に該当しないと認められるかどうかに関する当該医師の意見が記載されているものであることです。

適性検査受検等命令管理簿

年 月 日

[illegible]

鹿 公 委 第 号
年 月 日

（認定医）

様

鹿児島県公安委員会

適性検査依頼書

道路交通法の規定による適性検査の実施を下記のとおり依頼します。

記

1 検査対象者

住 所

氏 名

年 月 日生（ 歳）

2 検査の理由

3 検査年月日

年 月 日 午前・午後 時

4 検査事項

5 連絡先

住 所

所 属

担 当 係

電話番号

第33号様式（第14の4 関係）

診断書等提出確認書

住 所
氏 名
生 年 月 日

認知症等に関する診断書等の提出を確認しましたので、通知します。

今回の運転免許証の更新等に行う認知機能検査等の受検義務は免除されますので運転免許証の更新手続等の際は、窓口へこの書面を提出してください。

令和 年 月 日

鹿児島県警察本部
交通部免許管理課長

診断書等提出確認書発送簿

[illegible]