



의료/안과 보고서

이 양식을 다음 주소나 팩스 번호로 발송할 수 있습니다. 주소: DC Department of Motor Vehicles, PO Box 90120 Washington, DC 20090, 팩스:(202) 673-9908.
자세한 내용은 저희 웹사이트: www.dmv.dc.gov 를 참고하거나 전화 311 번 또는 202-737-4404 번으로 문의하십시오.

이 부분은 반드시 고객이 작성해야 합니다.

성(LAST NAME)		이름(FIRST NAME)		중간 이름(MIDDLE NAME)	
주소		아파트/호수	시	주	우편 번호
			WASHINGTON	DC	
생년월일 (MM/DD/YYYY)	DLN/IDN/SSN		전화 번호	이메일 주소	

의료 보고서: 이 부분은 면허소지 의사가 작성해야 합니다.

알츠하이머 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	*인슐린 의존성 당뇨 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	발작 또는 실신 발작 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	기타 신체적 또는 정신적 질환 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요		
*의료 보고서 부분은 반드시 의사가 작성해야 하며, 그리고 안과 보고서는 안과 의사나 검안사가 작성해야 합니다.					
발작 또는 실신 발작 '예'일 경우, 최근 발생 시기는 언제였습니까? 참고: 단일 발작, 야간에만 발생하는 발작 또는 약물 조정에 의한 발작이 아닐 경우, 연속 12 개월 동안 발작이 없어야 합니다.			신청자가 운전 능력을 훼손하는 정신적 또는 육체적 질환을 가지고 있을 경우, 해당 질환을 서술해 주십시오:		
필요한 모든 의학적 제약사항을 서술해 주십시오:					
의사가 질환을 언제 다시 검사해야 하는지를 아래 항목 중 한(1) 개를 체크하여 표시해 주십시오. 발작 질환은 연속 5년 동안 의사가 일년마다 검사하는 것이 필요합니다.					
<input type="checkbox"/> 6 개월	<input type="checkbox"/> 1년	<input type="checkbox"/> 2년	<input type="checkbox"/> 3년	<input type="checkbox"/> 4년	

의학적 진단을 기준으로 볼 때, 신청자가 차량을 안전하게 운행할 능력을 가지고 있습니까? 예 아니요

의사 정보:

의사 면허 번호 및 주: _____ 전화 번호: _____
 의사 주소: _____
 의사 서명: _____ 일자: _____

안과 보고서: 이 부분은 면허소지 안과 의사 또는 검안사가 작성해야 합니다.

*인슐린 의존성 당뇨 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	녹내장 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	백내장 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 기타 안과 질환: _____	DMV 시력검사 불합격 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
나안 시력		교정 시력		수평경선 시야
우측 눈 20/_____	우측 눈 20/_____			질환을 언제 재검해야 하는지를 아래 항목 중 한(1) 개를 체크하여 표시해 주십시오. <input type="checkbox"/> 6 개월 <input type="checkbox"/> 3년 <input type="checkbox"/> 1년 <input type="checkbox"/> 4년 <input type="checkbox"/> 2년
좌측 눈 20/_____	좌측 눈 20/_____			
양쪽 눈 20/_____	양쪽 눈 20/_____			
최소 시력 요건 (교정 전 또는 교정 후 시력 기준): 좋은 눈이 20/40 이상 '또는' 좋은 눈이 20/70 이상이고 시야각이 140 도 이상일 것.				필요한 모든 시력 제약사항을 서술해 주십시오:

의학적 진단을 기준으로 볼 때, 신청자가 차량을 안전하게 운행할 능력을 가지고 있습니까? 예 아니요

안과 의사 또는 검안사 정보:

의사 면허 번호 및 주: _____ 전화번호: _____
 의사 주소: _____
 의사 서명: _____ 일자: _____

이 양식에 허위 진술을 하면 DC 법률 위반에 해당되고 최대 1,000 달러의 벌금, 180 일의 징역형을 받거나 벌금과 징역형을 모두 받을 수도 있습니다. (D.C. 법률 §22-2405)
 DC 정부당국이나 공무원의 낭비, 부당행위, 남용행위를 보고하려면 DC 감찰국(Office of the DC Inspector General) 전화 1-800-521-1639 번으로 연락 주십시오.