



医疗/眼科报告

您可以将此表格邮寄至哥伦比亚特区机动车辆管理局（地址：DC Department of Motor Vehicles, PO Box 90120, Washington, DC 20090）或传真至 (202) 673-9908。此表格仅在执业医师/眼科医师/验光师签名之日起 **60 日** 内有效。
请访问我们的网站：www.dmv.dc.gov 或致电 311 或 202-737-4404 了解其他信息。

此部分必须由客户填写。

姓		名		中间名	
地址		公寓/单元 #	市	州	邮政编码
			华盛顿	哥伦比亚特区	
出生日期 (月/日/年)	驾驶执照号码/身份证号码/社会安全号码		电话号码	电子邮件地址	

医疗报告： 此部分必须由持照执业医师填写。

阿尔茨海默病 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	*胰岛素依赖型糖尿病 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	癫痫或昏厥 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	其他心理或身体病症 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
*医疗报告部分必须由执业医师填写并且眼科报告部分必须由眼科医师或验光师填写					
癫痫或昏厥 如果是，上一次发作是何时？ _____ 注意：必须连续十二 (12) 个月无癫痫发作，除非单次发作、仅在夜间癫痫发作或由于药物调整而发作。			如果申请人患有会降低他/她的驾驶能力的心理或身体病症，请注明病症：		
注明所需的任何医疗限制：					
通过勾选以下其中一 (1) 项来表明何时执业医师应该重新检查病症。 癫痫发作需要连续五 (5) 年进行为期一年的执业医师检查					
<input type="checkbox"/> 六 (6) 个月	<input type="checkbox"/> 一 (1) 年	<input type="checkbox"/> 两 (2) 年	<input type="checkbox"/> 三 (3) 年	<input type="checkbox"/> 四 (4) 年	<input type="checkbox"/> 不适用

根据您的医疗诊断，申请人是否有能力安全驾驶机动车辆？ 是 否

执业医师信息：

执业医师执照识别号码和状态： _____ 电话： _____
 执业医师地址： _____
 执业医师印刷体姓名： _____
 执业医师签名： _____ 日期： _____

眼科报告： 此部分必须由持照眼科医师或验光师填写。

*胰岛素依赖型糖尿病 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	青光眼 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	白内障 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 其他眼疾： _____	机动车辆管理局视力测 试未通过 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
不戴眼镜的视力	戴眼镜的视力	在水平子午线的视野	通过勾选以下其中一 (1) 项来表明何时应该重新检查病症。	
右眼 20/ _____ 左眼 20/ _____ 双眼 20/ _____	右眼 20/ _____ 左眼 20/ _____ 双眼 20/ _____		<input type="checkbox"/> 六 (6) 个月 <input type="checkbox"/> 一 (1) 年 <input type="checkbox"/> 两 (2) 年	<input type="checkbox"/> 三 (3) 年 <input type="checkbox"/> 四 (4) 年 <input type="checkbox"/> 不适用
最低视力要求 (戴或不戴矫正视力的镜片)：最佳视力不低于 20/40 或者最佳视力不低于 20/70 并且视野至少 140 度。			注明所需的任何视力限制：	

根据您的医疗诊断，申请人是否有能力安全驾驶机动车辆？ 是 否

眼科医师或验光师信息：

眼科医师/验光师执照识别号码和状态： _____ 电话： _____

眼科医师/验光师地址： _____

眼科医师/验光师印刷体姓名： _____

眼科医师/验光师签名： _____ 日期： _____

在本表格上作出虚假陈述违反了哥伦比亚特区法律，并且会受到最高 \$1,000 的罚款或 180 天监禁或是两种共同实施的处罚。（哥伦比亚特区官方代码 §22-2405）
如需报告任何哥伦比亚特区政府机构或官员做出的浪费、欺诈或滥用行为，请致电 1-800-521-1639 联系哥伦比亚特区监察长办公室。