



# 의료/시력 진단서

본 양식을 차량 관리국(DC Department of Motor Vehicles)에 PO Box 90120, Washington, DC 20090 의 주소로 발송하거나 (202) 673-9908 번으로 팩스 전송할 수 있습니다. 본 양식은 의사/안과 의사/검안사의 서명일로부터 **60 일** 이내에만 유효합니다.  
자세한 정보는 웹사이트([www.dmv.dc.gov](http://www.dmv.dc.gov))를 참고하시거나 311 번 또는 202-737-4404 번으로 문의하십시오.

**이 섹션은 고객이 작성해야 합니다.**

성		이름		중간 이름	
주소		아파트/유닛 번호	시	주	우편번호
			워싱턴	DC	
생년월일 (월/일/연도)	DLN/IDN/SSN		전화번호	이메일 주소	

**의료 진단서:** 이 섹션은 면허가 있는 의사가 작성해야 합니다.

알츠하이머병 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	*인슐린 의존성 당뇨병 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	발작 또는 실신 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	기타 정신적 또는 신체적 질환 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요		
*의료 진단서 섹션은 의사가 작성, <b>그리고</b> 시력 진단서 섹션은 안과 의사 또는 검안사가 작성해야 합니다.					
발작 또는 실신 예인 경우, 이런 증상이 마지막으로 발생한 때가 언제입니까?  <b>참고:</b> 발작이 단 한 번 발생했거나, 야간에만 발생하거나 또는 약물의 영향으로 인해 발생한 경우가 아니라면 십이(12)개월 내내 발작 증세가 발생한 적이 없어야 합니다.			신청자의 운전 능력에 영향을 미칠 수 있는 정신적 또는 신체적 질환이 있는 경우, 해당 질환을 기재하십시오.		
필요한 의료적 제한을 모두 기재하십시오.					
의사가 해당 상태를 다시 검사해야 하는 시기를 다음 중 하나(1)를 선택하여 표시하십시오. <b>발작 장애가 있는 경우 오(5)년 연속 매년 한 번씩 의사의 검사를 받아야 합니다.</b>					
<input type="checkbox"/> 육(6)개월	<input type="checkbox"/> 일(1)년	<input type="checkbox"/> 이(2)년	<input type="checkbox"/> 삼(3)년	<input type="checkbox"/> 사(4)년	<input type="checkbox"/> 해당 없음

귀하의 의료적 진단에 근거할 때, 이 신청자가 차량을 안전하게 운전할 능력이 있다고 판단하십니까? 예  아니요

## 의사 정보

의사 면허 ID 번호 및 주: \_\_\_\_\_ 전화번호: \_\_\_\_\_

의사 주소: \_\_\_\_\_

의사 이름(정자체): \_\_\_\_\_ 날짜: \_\_\_\_\_

의사 서명: \_\_\_\_\_

**시력 진단서:** 이 섹션은 면허 있는 안과 의사 또는 검안사가 작성해야 합니다.

*인슐린 의존성 당뇨병 <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 시력 검사 탈락 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
<b>안경 미착용 시력</b>	<b>안경 착용 시력</b>	<b>수평날줄 시야</b>	<b>해당 상태를 다시 검사해야 하는 시기를 다음 중 하나(1)를 선택하여 표시하십시오.</b>	
오른쪽 눈 20/_____ 왼쪽 눈 20/_____ 양쪽 눈 20/_____	오른쪽 눈 20/_____ 왼쪽 눈 20/_____ 양쪽 눈 20/_____		<input type="checkbox"/> 육(6)개월 <input type="checkbox"/> 일(1)년 <input type="checkbox"/> 이(2)년	<input type="checkbox"/> 삼(3)년 <input type="checkbox"/> 사(4)년 <input type="checkbox"/> 해당 없음
<b>최소 시력 요건</b> (교정 렌즈 착용 여부 상관없음): 시력이 가장 좋은 눈의 시력이 20/40 이상 또는 시력이 가장 좋은 눈의 시력이 20/70 이상이고 시야 140 도 이상.			시력과 관련하여 필요한 제한을 모두 기재하십시오.	

귀하의 의료적 진단에 근거할 때, 이 신청자가 차량을 안전하게 운전할 능력이 있다고 판단하십니까? 예  아니요

## 안과 의사 또는 검안사 정보

안과 의사/검안사 면허 ID 번호 및 주: \_\_\_\_\_ 전화번호: \_\_\_\_\_

안과 의사/검안사 주소: \_\_\_\_\_

안과 의사/검안사 이름(정자체): \_\_\_\_\_ 날짜: \_\_\_\_\_

안과 의사/검안사 서명: \_\_\_\_\_