**拖拉机和联合收割机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 |  | | 号码 | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  | （照片） |
| 住址 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 联系  电话 | 移动电话 | | |  | | | | | | | | | 档案编号 | | |  | | | | | | | | | |
| 固定电话 | | |  | | | | | | | | |
| 现准驾机型代号 | | | | □G1 □G2 □K1 □K2 □L □R □S | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 □精神病  □癫 痫 □痴 呆  □美尼尔氏症 □影响肢体活动的神经系统疾病等妨碍安全驾驶疾病  □眩晕症 □3年内有吸食、注射毒品行为或者解除强制隔离戒毒措  □癔 病 未满3年，或者长期服用依赖性精神药品成瘾尚未戒除  □震颤麻痹  **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）  年 月 日 | | |
| 视 力 | | 左眼： | | | | | | | | | 是否矫正 | | | | | | □是 □否 | | | | | | |
| 右眼： | | | | | | | | | 是否矫正 | | | | | | □是 □否 | | | | | | |
| 听 力 | | 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： | | | | | | | | | |
| **《拖拉机和联合收割机驾驶人身体条件证明》自出具之日起6个月内有效。** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申请人签字：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | 医生签字：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | |