

Tel. / Tél.

Off. No.	Op.	Bus. Date	Y/A	M	D/J
----------	-----	-----------	-----	---	-----

If not shown, please print last name, then first name and address. / *S'ils ne sont pas indiqués, veuillez écrire votre nom de famille, suivi de votre prénom et adresse.*

Class of Licence Desired <i>Catégorie de permis désirée</i>		<input type="text"/>	Office Use Only <i>Réservé au bureau</i>
Sex <i>Sexe</i>		Date of Birth <i>Date de naissance</i>	Wavr of Record
Date of Birth <i>Date de naissance</i>		Licence <i>Permis</i>	Re
Y/A M D/J		CL/Cat. Cond./End. <i>Rest./Aut.</i>	M Gr
Ref. or Driver's Licence No. / <i>N° de réf. ou du permis de conduire</i>			Wavr
Reason for Medical / <i>Raison de l'examen</i>			Med Cond
1. <input type="checkbox"/> Original Ont. Licence <i>Premier permis en Ont.</i>			Mo to Med
2. <input type="checkbox"/> Regular Re-exam <i>Réexamen de routine</i>			Tr Code
3. <input type="checkbox"/> Change of Class <i>Changement de catégorie</i>			R
4. <input type="checkbox"/> Special Min. Request <i>Demande spéciale du min.</i>			

Driver's Certificate and Release of Information

I certify that the foregoing information is to the best of my knowledge correct and agree to this report and any future report from this examination only being given to the Ministry of Transportation. **The fee for this examination is not the responsibility of the ministry or its service provider.**

Attestation du de la conducteur(trice) et divulgation des renseignements

J'atteste par la présente que, pour autant que je le sache, les renseignements suivants sont exacts et je consens à ce que ce rapport et tout autre rapport ultérieur relatif à cet examen ne soient remis qu'au ministère des Transports. Il n'incombe pas au ministère ni à son fournisseur de services d'acquitter les droits de cet examen.

Telephone Number
Numéro de téléphone Business / Travail _____

Home / Domicile _____

Driver's Signature / *Signature du/de la conducteur(trice)* _____

Date

Y/A	M	D/J
-----	---	-----

Complete Health History

To be completed by examining physician.

YES answers should be explained on the reverse side under History Details.

Yes/Oui No/Non

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Diseases of Senses (Deafness, Vertigo, Visual Deficiencies, etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Cardiovascular Diseases (Heart Failure, Angina, Infarction, Embolism, Arrhythmia, Syncope, Surgery, etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Respiratory Diseases (Asthma, Chronic Bronchitis, Emphysema, etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Diseases of the Musculo-Skeletal System (Fracture(s) or Amputation, Arthritis, etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Metabolic Diseases (Diabetes (+) (-), Hypoglycemia, Thyroid, etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Psychiatric Disorders (Psychoneurosis, Psychosis, etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Addictions (Alcohol, Sedatives, Tranquillizers, Narcotics, etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Other Diseases (Blackouts, Fainting Spells, Anemia, Cancer, Blood Dyscrasia, etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Neurological Diseases (Seizures, Cerebrovascular Diseases, Parkinson's Disease, Multiple Sclerosis, Dementia, Head Injury, Mental Retardation, etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Date of first seizure _____

Date of last seizure _____

Antécédents médicaux

Le présent rapport doit être rempli par le médecin effectuant l'examen. Veuillez expliquer au verso les réponses affirmatives.

- | |
|--|
| 1. Maladies touchant les sens (surdité, vertige, défaillances visuelles, etc.) |
| 2. Maladies cardio-vasculaires (insuffisances cardiaques, angine, infarctus, embolie, arythmie, syncope, chirurgie, etc.) |
| 3. Maladies respiratoires (asthme, bronchite chronique, emphysème, etc.) |
| 4. Maladies touchant le système musculo-squelettique (fracture(s) ou amputation, arthrite, etc.) |
| 5. Maladies touchant le métabolisme (diabète (+) (-), hypoglycémie, thyroide, etc.) |
| 6. Troubles psychiatriques (psychon vrose, psychose, etc.) |
| 7. Dépendances (alcool, sédatifs, tranquillisants, stupéfiants, etc.) |
| 8. Autres maladies (voiles noirs, évanouissements, anémie, cancer, dyscrasie, etc.) |
| 9. Maladies neurologiques (crises, maladies cérébro-vasculaires, maladie de Parkinson, sclérose en plaques, démence, traumatisme crânien, arriération mentale, etc.) |

Date de la première crise _____

Date de la dernière crise _____

Date of Examination

Y/A	M	D/J
-----	---	-----

Date de l'examen

Medical Examination / Examen médical

Height / Taille _____ Weight / Poids _____

1. Eyes / Yeux
 Acuity without glasses / Acuité visuelle sans verres
 Acuity with Glasses / Acuité visuelle avec verres
 Horizontal Field of Vision / Champ de vision horizontal
 Right / Droit 20/ _____ 20/ _____ Normal / Normal Restricted / Restreint
 Left / Gauche 20/ _____ 20/ _____ Normal / Normal Restricted / Restreint
 Both eyes together / Les deux yeux ensemble 20/ _____ 20/ _____ Normal / Normal Restricted / Restreint

Squint, disease or eye injury / Strabisme, maladie ou lésion oculaire _____

Indicate type of tests given / Indiquer le type d'examen effectué Snellen Other / Autre _____

2. Hearing / Ouïe Meets standards defined in the H.T.A. with or without a hearing aid. / Respecte les normes décrites dans le Code de la route avec ou sans prothèse auditive. Yes / Oui No / Non

3. Heart / Coeur Apical Rate / Fréquence apicale _____ Rhythm / Rythme _____
 Murmurs / Souffles _____ B.P. / P.S. _____

4. Locomotor / Locomotion Upper Extremity / Membres supérieurs _____ Lower Extremity / Membres inférieurs _____ Neck and Lumbar / Cou et région lombaire _____

5. Chest / Abdomen / Poitrine / Abdomen _____

6. Urinary / Voies urinaires Urine Protein / Protéine urinaire _____ Glucose _____

7. Diabetes / Diabète Yes / Oui No / Non Type _____

Treatment / Traitement Diet alone / Régime seulement Oral medication (amt per 24 hrs.) / Médicaments pris par voie orale (dose quotidienne) Insulin (amt per 24 hrs.) / Insuline (dose quotidienne)

8. Hypoglycemia / Hypoglycémie Frequency / Fréquence _____ Circumstances / Circonstances _____

Loss of Consciousness / Perte de conscience? _____ Decrease in cognition, etc. / Perte des facultés cognitives, etc. _____

9. Neurological / Affections neurologiques: Gait and Stance / Démarche et position _____ Reflexes / Réflexes _____
 Tremor / Tremblement _____ Coordination _____

10. Mental Competence / Aptitude mentale _____ Judgement / Jugement _____

Evidence of Emotional Disorder / Signe de trouble émotionnel

	Yes/Oui	No/Non		Yes/Oui	No/Non		Yes/Oui	No/Non
Instability / Instabilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psychosis / Psychose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Drug Habituation / Toxicomanie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurosis / Névrose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alcoholism / Alcoolisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

History Details and Summary / Détails sur les antécédents et résumé
 (Including details of all medication prescribed and dosage, degree of decompensation in cardiovascular diseases) / (Y compris les détails relatifs à tous les médicaments prescrits et la posologie; le degré de décompensation pour les maladies cardio-vasculaires)

How long has this person been your patient? / Depuis combien de temps soignez-vous cette personne? _____ Family Physician / Médecin de famille or / ou Certified Specialist in / spécialiste qualifié(e) en _____

Please Print / en lettres moulées s.v.p. Physician's Name / Nom du/de la médecin _____ Signature _____

Address / Adresse _____ Date _____