

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

**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.)  Yes  No
- 2. Cardiovascular Diseases (Heart Failure, Angina, Infarction, Embolism, Arrhythmia, Syncope, Surgery, etc.)  Yes  No
- 3. Respiratory Diseases (Asthma, Chronic Bronchitis, Emphysema, etc.)  Yes  No
- 4. Diseases of the Musculo-Skeletal System (Fracture(s) or Amputation, Arthritis, etc.)  Yes  No
- 5. Metabolic Diseases (Diabetes (+) (-), Hypoglycemia, Thyroid, etc.)  Yes  No
- 6. Psychiatric Disorders (Psychoneurosis, Psychosis, etc.)  Yes  No
- 7. Addictions (Alcohol, Sedatives, Tranquillizers, Narcotics, etc.)  Yes  No
- 8. Other Diseases (Blackouts, Fainting Spells, Anemia, Cancer, Blood Dyscrasia, etc.)  Yes  No
- 9. Neurological Diseases (Seizures, Cerebrovascular Diseases, Parkinson's Disease, Multiple Sclerosis, Dementia, Head Injury, etc.)  Yes  No

Date of first seizure \_\_\_\_\_

Date of last seizure \_\_\_\_\_

Date of Examination

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

**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, thyroïde, 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 c rebro-vasculaires, maladie de Parkinson, sclérose en plaques, démence, traumatisme crânien, etc.)

Date de la première crise \_\_\_\_\_

Date de la dernière crise \_\_\_\_\_

Date de l'examen

Off. No. \_\_\_\_\_ Op. No. \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

Vision

	O	X	Per
Left	20/ _____	20/ _____	
Right	20/ _____	20/ _____	
Both	20/ _____	20/ _____	

**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

Instability / Instabilité	Yes/Oui <input type="checkbox"/>	No/Non <input type="checkbox"/>	Psychosis / Psychose	Yes/Oui <input type="checkbox"/>	No/Non <input type="checkbox"/>	Drug Habituation / Toxicomanie	Yes/Oui <input type="checkbox"/>	No/Non <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 \_\_\_\_\_