

診 断 書

(高知県公安委員会提出用)

1	氏 名	男・女
	生年月日 M・T・S・H	年 月 日生 (歳)
	住 所	
2	医学的判断 病 名	(F)
	総合所見 (現病歴、現在症、重症度、経過、治療状況など)	
3	現時点での症状 (運転能力及び改善の見込み) についての意見	
	ア アルコール依存症 (国際疾病分類 (ICD-10) におけるF10.2からF10.9までに該当する者) について断酒を継続し、かつ、アルコール使用による精神病性障害や健忘症候群、残遺性障害及び遅発性の精神病性障害 (アルコール幻覚症、認知症、コルサコフ症候群等) のない状態を続け、再飲酒するおそれが低いと認められる。	
	イ 上記「ア」とまではいえないが、6月 (月) 以内に上記「ア」と診断できることが見込まれる。 <small>※6月未満は1～5を記入</small>	
	ウ 上記以外。(運転を控えるべき)	
	<input type="checkbox"/>	
4	その他特記すべき事項	

※3については該当する項目に○印の記載をお願いします。

専門医・主治医として以上のとおり診断します。

年 月 日

病院または診療所の名称・所在地

担当診療科名

担当医師名