

8 脳卒中（脳梗塞・脳出血・クモ膜下出血・一過性脳虚血発作・脳動脈瘤破裂・脳腫瘍等）関係

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 (I)	
	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	
	※ 発作により生じるおそれがある症状についてのご意見を記載して下さい。	
	ア 「発作のおそれの観点からは、運転を控えるべき」とはいえない。	
	<input type="checkbox"/> 今後（ ）年程度 ※期限がある場合は記載して下さい。	
	イ 「発作のおそれの観点からは、運転を控えるべき」である。	
	ただし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 「発作のおそれの観点からは、運転を控えるべき」である。	
	運転を控えるべき理由：	
	<input type="checkbox"/> 再発のおそれがある。	
	<input type="checkbox"/> 以下の障害が繰り返し生じている。（※該当する障害に○を入れて下さい。）	
	<input type="checkbox"/> 意識障害、 <input type="checkbox"/> 見当識障害、 <input type="checkbox"/> 記憶障害、 <input type="checkbox"/> 判断障害、 <input type="checkbox"/> 注意障害	
	<input type="checkbox"/> 身体の麻痺等の運動障害、 <input type="checkbox"/> 視覚障害（視力障害、視野障害等）	
	<input type="checkbox"/> （その他）	
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