

7 重度の眠気の症状を呈する睡眠障害関係

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 (G)	
	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 現在、睡眠障害で重度の眠気を生ずるおそれがあり、6月以内に重度の眠気が生じるおそれがなくなる見込みがあるとはいえない。	
	イ 現在、睡眠障害で重度の眠気を生ずるおそれがあるが、6月 (月) 以内に重度の眠気が生じるおそれがなくなる見込みがある。 <small>※6月未満は1～5を記入</small>	
	ウ 現在、睡眠障害でない。	
	エ 現在、睡眠障害であり、眠気が生ずるおそれがあるが、軽度や中等度に限られる。	
	オ 上記以外。 <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