

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) ※最終発作日の記載を願います。	
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 過去5年以上発作がなく、今後発作が起こるおそれがない。	
	イ 発作が過去2年以内に起こったことがなく、今後()年程度であれば、発作が起こるおそれがない。	
	ウ 1年間の経過観察後、発作が意識障害及び運動障害を伴わない単純部分発作に限られ、今後、症状の悪化のおそれがない。	
	エ 2年間の経過観察後、発作が睡眠中に限って起こり、今後、症状の悪化のおそれがない。	
	オ 上記アとはいえないが、6月()月以内に上記アと診断できることが見込まれる。	
	カ 上記イとはいえないが、6月()月以内に上記イと診断できることが見込まれる。	
	キ 上記ウとはいえないが、6月()月以内に上記ウと診断できることが見込まれる。	
	ク 上記エとはいえないが、6月()月以内に上記エと診断できることが見込まれる。 <small>※オ～クについて、6月未満は1～5を記入</small>	
	ケ 上記以外。(発作のおそれの観点から運転を控えるべき)	
	<input type="checkbox"/> 過去2年以内に発作を起こした <input type="checkbox"/> 今後発作を起こすおそれがある <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○印を、上記以外の場合は理由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