4　てんかん関係

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）

○ 初診日【　　年　　月　　日】　　○　初発日【　　年　　月　　日】

○ 最終発作の状況等

・発作日【　　年　　月　　日】　・発作型【　　】

・意識障害の有無【□有・□無】　　・運動障害の有無【□有・□無】

※　該当する□を記入してください

※　運動障害「□有」の場合、具体的症状及び症状の出る身体部位【　　】

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。

※オ～クについて、6月未満は１～５を記入

ケ　上記以外。（発作のおそれの観点から運転を控えるべき）

□　過去２年以内に発作を起こした　　□　今後発作を起こすおそれがある

□

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