

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 自動車等の安全な運転に必要な認知、予測、判断又は操作のいずれかに係る能力 (以下「安全な運転に必要な能力」という。) を欠くこととなるおそれのある症状を呈していない。	
	※ アに該当する場合は、(ア)~(ウ)のいずれかに□	
	<input type="checkbox"/> (ア) 今後運転に支障のある症状が再発するおそれはないと認められる。	
	<input type="checkbox"/> (イ) 今後一般的な再発リスク以上のリスクは考えられない。	
	<input type="checkbox"/> (ウ) 今後、() 年 (又は 月) 程度であれば、運転に支障のある症状が再発するおそれはないと認められる。	
	イ 自動車等の安全な運転に必要な能力を欠くこととなるおそれのある症状を呈している。	
	ウ 自動車等の安全な運転に必要な能力を欠くこととなるおそれのある症状を呈しているが、6月 (月) 以内に上記「ア」の判断ができる見込みがある。	
	<small>※6月未満は1~5を記入</small>	
4	その他特記すべき事項 (今後予想される経過及び参考事項、上記「3」の判断の根拠等)	
	(「2」「4」の記載法、「3」の評価法については、日本精神神経学会等関係学会のガイドラインを参照のこと)	

※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