

6-1 無自覚性の低血糖症・薬剤性低血糖症（過去1年以内に意識消失がない場合・再取得以外）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	（ E ）
	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 運転を控えるべきとはいえない。	
	イ 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。 <small>※6月未満は1～5を記入</small>	
	ウ 上記以外。（運転を控えるべき） <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