

# 診 断 書

(福岡県公安委員会提出用)

1	氏 名		男 ・ 女	
	生年月日	T・S・H	年 月 日	( 歳 )
	住 所			
2 医学的判断				
○ 病名				
○ 総合所見 (現病歴、 <u>現在症</u> 、 <u>重症度</u> 、治療経過、治療状況など)				
.....				
.....				
.....				
.....				
.....				
.....				
○ 最終発作日 年 月 日 ※意識障害若しくは運動障害を伴うもの				
意識障害の有無 ( 有 ・ 無 ) 運動障害の有無 ( 有 ・ 無 )				
3 現時点での病状 (改善の見込み等) についての意見				
ア 発作が過去5年以上起こったことがなく、今後も発作が起こるおそれがないと認められる。				
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と認められる。				
ウ 1年間の経過観察の後、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と認められる。				
エ 2年間の経過観察の後、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と認められる。				
オ 6月以内 ( カ月間) に上記イ、ウ、エのいずれかになることが見込まれる。 ※6ヶ月より短い期間で診断できる見込みがある場合は、( ) 内に1～5の整数を記載してください。				
カ 上記アからオのいずれにも該当しない。(該当する要因に☑印)				
<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"/> その他 ( )				
4 その他特記すべき事項				

専門医・主治医として以上のとおり診断します。

年 月 日

病院所在地 (電話番号)

病院名称

担当診療科名

担当医氏名