

(再発性の失神・その他関係)

# 診 断 書

(福岡県公安委員会提出用)

1 氏名 生年月日 T・S・H 年 月 日 ( 歳) 住所	男 ・ 女
2 医学的判断 <input type="radio"/> 病名  <input type="radio"/> 総合所見 (現病歴、 <u>現症状</u> 、 <u>重症度</u> 、治療経過、治療状況など)  .....  .....  .....  .....  .....  <input type="radio"/> 意識消失発作 ( 有 ・ 無 ) 最終発作日 年 月 日	
3 現時点での病状 (改善の見込み等) についての意見 ア 発作のおそれの観点から、運転を控えるべきとはいえない。 イ 今後、( ) 年程度であれば、発作のおそれの観点から、運転を控えるべきとはいえない。 ウ 6月以内 ( カ月間) に、上記ア又はイと診断でき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。 エ 上記アからウのいずれにも該当しない。	
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