

(その他の低血糖症 (腫瘍性疾患・内分泌疾患・肝疾患・インスリン自己免疫症候群等) 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
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 発作のおそれの観点から、運転を控えるべきと認められるが、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