

診 断 書

(栃木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 総合所見【現病歴 (初診日・初発日・最終発作日等)、現症状、治療状況等】 ・最終発作日 (年 月 日) ・発作の種類 <input type="checkbox"/> 意識障害を伴う発作 <input type="checkbox"/> 運動障害を伴う発作 <input type="checkbox"/> その他()	
3	現時点での病状 (改善の見込み等) についての意見 (※いずれかを○で囲む) ア 過去5年以上発作がなく、今後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 今後、症状の悪化のおそれがないとは言えないが、6か月 (か月) で上記ウ・エのいずれかになることが見込まれる。 カ 今後、発作がおこるおそれがないとは言えないが、6か月 (か月) で上記ア・イのいずれかになることが見込まれる。 キ 上記アからカのいずれにも該当しないため、運転は控えるべきである。 (理由 <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 等)	
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

病院又は診療所の名称・所在地

担当診療科名

担当医師氏名