

診断書様式 5-1 (薬剤性低血糖症(過去1年以内に意識消失がない場合)関係)

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、現症状、重症度、治療経過、治療状況等)	
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) (※過去1年以内に意識消失がない場合)	
ア 運転を控えるべきとはいえない。	
イ 「ア」とはいえないが、6か月 (か月) 以内に、上記「ア」と診断できることが見込まれる。	
ウ 上記アからイのいずれにも該当しない。 (運転を控えるべきと言える。)	
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