

診 断 書 (大分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、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 過去 5 年以内に反射性 (神経調節性) 失神で意識を失ったことがあるが、 (①～③の該当項目にレ点) <input type="checkbox"/> ① 発作のおそれの観点から、自動車等の安全な運転に必要な認知、予測、判断又は操作のいずれかに関する能力 (以下「自動車等の安全な運転に必要な能力」という。) を欠くおそれはないと診断される。 <input type="checkbox"/> ② 現時点では、自動車等の安全な運転に必要な能力を欠くおそれがあるが、今後、 (該当期間にレ点) <input type="checkbox"/> 6 か月 <input type="checkbox"/> 5 か月 <input type="checkbox"/> 4 か月 <input type="checkbox"/> 3 か月 <input type="checkbox"/> 2 か月 <input type="checkbox"/> 1 か月 以内に上記①と診断できることが見込まれる。 <input type="checkbox"/> ③ 上記①、②のいずれにも該当しない。 ・自動車等の安全な運転に必要な能力を欠く。	
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

病院又は診療所等の名称・所在地

担当診療科名

担当医師