

診 断 書

1	氏 名 生年月日 住 所	T・S・H 年 月 日 (歳)	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、治療状況など)		
3	現時点での病状 (改善の見込み等) についての意見 (①～④の該当項目にチェック) <input type="checkbox"/> ① 現在、睡眠障害ではない。 <input type="checkbox"/> ② 現在、睡眠障害で眠気が生じるおそれはあるが、軽度や中度に限られることから、今後、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。) を欠くこととなる症状の有無について、(該当期間にチェック) <input type="checkbox"/> 診断の必要は無い。 <input type="checkbox"/> 6 か月後に診断が必要である。 <input type="checkbox"/> 1 年後に診断が必要である。 <input type="checkbox"/> 2 年後に診断が必要である。 <input type="checkbox"/> 3 年後に診断が必要である。 <input type="checkbox"/> ③ 現在、睡眠障害で重度の眠気を生じるおそれがあるが、(該当期間にチェック) <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 以内に重度の眠気が生じるおそれなくなる見込みがある。 <input type="checkbox"/> ④ 上記の①・②・③いずれにも該当せず、医学的観点からは、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と診断される。		
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

病院又は診療所等の名称・所在地

担当診療科名

担当医師