

(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 住 所	T・S・H 年 月 日	男 ・ 女 (歳)
2	医学的判断 ○ 病名 ○ 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） ○ 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