

診 断 書

(宮城県公安委員会提出用) ②

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						
	<input type="radio"/> 病名						
	<input type="radio"/> 総合所見 (最終発作年月日、現病歴、現症状、重症度、治療経過、治療状況など)						
	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 発作が過去5年以内に起こったことがなく、今後も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年間の経過観察をした結果、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年間の経過観察をした結果、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 上記ウとはいえないが、6か月 (か月) 以内に上記ウと診断できることが見込まれる。						
	カ 上記エとはいえないが、6か月 (か月) 以内に上記エと診断できることが見込まれる。						
	キ 上記イとはいえないが、6か月 (か月) 以内に発作が過去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と診断できることが見込まれる。						
	ク 上記以外						
	<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。						
4	その他参考事項						

専門医・主治医として以上のとおり診断します。

令和 年 月 日

病院又は診療所等の名称、所在地

担当診療科

担当医師名

印

診 断 書 記 載 ガ イ ド ラ イ ン

②

【診断書作成に当たっての留意事項】

- 1 意識障害（発作）のおそれの有無
 - 2 運動障害（けいれん、麻痺）の有無
- 等により、運転の可否を判断する。

医学的判断について

《病名》

- 状態像ではなく、病名を記載する。ただし、病気と認められない旨の診断である場合には「〇〇の症状（状態像）であるが、病気とは認められない」と記載する。

《総合所見》

- 3の意見を導く根拠となる症状や経過などを具体的に記載する。

現時点での病状（改善の見込み等）についての意見について

- 2において病気とは認められない旨の診断を行った場合には、記載不要である。
- ア、イ、ウ、エ、オ、カ、キ、クのいずれかを○で囲む。
病状（症状）を踏まえ、意識消失発作、けいれん、麻痺のおそれの観点から、
 - ・ 運転に支障がないと認められる場合は、**ア、イ、ウ又はエ**
 - ・ 運転に支障があると認められる場合は、**オ、カ、キ及びク**この場合は、その理由を総合所見欄に記載する。
- イ及びキの（ ）年には1以上の数字を記載する。
（例）発作が過去2年以内に起こったことがなく、今後、1年程度であれば発作が起こるおそれがない。
- オ、カ、キにおいて6か月よりも短い期間で判断できる見込みがある場合には、（ ）月には1～5の数字を記載する。
- クに該当する場合は、□内にレ印を記載する。

その他参考事項について

- 前記2及び3以外に特に記載すべき事項を記載する。

【診断書作成者等】

- 臨時適性検査の場合には「専門医」に○印を付し、主治医である場合には「主治医」に○印を付す。主治医が臨時適性検査を行う場合には、両方に○印を付す。