

診 断 書

(沖縄県公安委員会提出用)

<p>1 患 者 氏 名 生年月日 住 所</p> <p>性別 男・女 年 月 日 (歳)</p>
<p>2 医学的判断 病 名 (F) 総合所見 (現病歴、現在症、重症度、経過、治療状況など)</p>
<p>3 現時点での症状 (運動能力及び改善の見込み) についての意見</p> <p><input type="checkbox"/> (1) 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 (安全な運転に必要な能力) を欠くこととなるおそれのある症状を呈していない。</p> <p><input type="checkbox"/> 今後も再発のおそれはない。 <input type="checkbox"/> 今後__年 (__月) 程度は再発のおそれはない。</p> <p><input type="checkbox"/> (2) 自動車等の安全な運転に必要な能力を欠くこととなるおそれのある症状を呈している。</p> <p><input type="checkbox"/> 今後、6月 (__月) 以内に上記(1)と診断できることが見込まれる。 <input type="checkbox"/> 上記(1)と診断するには6月以上の期間を要する。</p> <p><input type="checkbox"/> (3) 上記(1)または(2)以外 (病気ではない等)</p>
<p>4 その他特記すべき事項</p> <p>(「2」「4」の記載法、「3」の評価法については、日本精神神経学会等関係学会のガイドラインを参照のこと)</p>

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・連絡先
担当診療科名

担当医師

印