

診 断 書

(沖縄県公安委員会提出用)

1	<p>患 者 氏 名 生年月日 住 所</p> <p style="text-align: right;">性別 男・女 年 月 日 (歳)</p>
2	<p>医学的判断 病名 総合所見 (現病歴、現在症、重症度、経過、治療状況など)</p>
3	<p>現時点での症状 (改善の見込み) についての意見</p> <p><input type="checkbox"/> (1) 脳梗塞等に <input type="checkbox"/> かかっているが <input type="checkbox"/> かかっていたが、完全に回復しており <input type="checkbox"/> かかっておらず 発作のおそれの観点からは、運転を控えるべきとはいえない。</p> <p><input type="checkbox"/> (2) 以下の障害が繰り返し生じている。 <input type="checkbox"/> 意識障害 <input type="checkbox"/> 見当識障害 <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 判断障害 <input type="checkbox"/> 注意障害 <input type="checkbox"/> 視覚障害 (視力障害、視野障害)</p> <p><input type="checkbox"/> (3) 上記(2)の障害が繰り返し生じているとはいえないが、発作のおそれの観点からは、運転を控えるべきである。 <input type="checkbox"/> ただし、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)と診断できるためには、6月以上の期間を要する。</p> <p><input type="checkbox"/> (4) 上記(2)の障害が繰り返し生じているとはいえず、今後____年程度は上記(1)といえる。</p> <p><input type="checkbox"/> (5) 上記(1)から(4)以外</p>
4	<p>その他特記すべき事項</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