

診 断 書

(沖縄県公安委員会提出用)

1 患者 氏名 生年月日 住所	性別 男・女 年 月 日 (歳)
2 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)	(最終発作年月日 :)
3 現時点での症状 (改善の見込み等) についての意見 <input type="checkbox"/> (1) 過去5年以上発作がなく、今後も発作が起こるおそれはない。 <input type="checkbox"/> (2) 過去2年以内に発作がなく、今後____年程度であれば、発作が起こるおそれはない。 <input type="checkbox"/> (3) 1年間の経過観察の結果、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ており、今後も症状悪化のおそれはない。 <input type="checkbox"/> (4) 2年間の経過観察の結果、発作が睡眠中に限って起こり、今後も症状悪化のおそれはない。 <input type="checkbox"/> (5) 今後6月 (____月) 以内に上記 <input type="checkbox"/> (1) <input type="checkbox"/> (2) <input type="checkbox"/> (3) <input type="checkbox"/> (4) と診断できることが見込まれる。 <input type="checkbox"/> (6) 上記(1)から(5)のいずれにも該当しない。 <input type="checkbox"/> 過去2年以内に発作を起こした。 <input type="checkbox"/> 今後も発作を起こすおそれがある。 <input type="checkbox"/> その他 ()	
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・連絡先
担当診療科名

担当医師

印