

診 断 書

(沖縄県公安委員会提出用)

1	患 者								
	氏 名		性別	男・女					
	生年月日		年	月	日	(歳)		
	住 所								
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）								
3	現時点での症状（改善の見込み）についての意見								
	<input type="checkbox"/> (1) ペースメーカー植え込み後に不整脈により意識を失ったことがあり、その原因は								
	<input type="checkbox"/> ペースメーカーの故障								
	<input type="checkbox"/> その他（								
	であるが、								
	<input type="checkbox"/> ア 修理により改善されたため								
	<input type="checkbox"/> イ 治療により回復したため								
	<input type="checkbox"/> ウ まだ回復しているとはいえないが								
	<input type="checkbox"/> エ 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。								
	<input type="checkbox"/> (2) ペースメーカー植え込み後に不整脈により意識を失ったことがあり、発作のおそれの観点から、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 <input type="checkbox"/> (1)ア <input type="checkbox"/> (1)イ <input type="checkbox"/> (1)ウ <input type="checkbox"/> (1)エ と診断できることが見込まれる。								
	<input type="checkbox"/> 今後、上記 <input type="checkbox"/> (1)ア <input type="checkbox"/> (1)イ <input type="checkbox"/> (1)ウ <input type="checkbox"/> (1)エ と診断できるためには、6月以上の期間を要する。								
	<input type="checkbox"/> (3) ペースメーカー植え込み後に不整脈により意識を失ったことがなく、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。								
	<input type="checkbox"/> (4) ペースメーカー植え込み後に不整脈により意識を失ったことはないが、発作のおそれの観点から、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(3)と診断できることが見込まれる。								
	<input type="checkbox"/> 今後、上記(3)と診断できるためには、6月以上の期間を要する。								

再発性失神（ペースメーカー/その他）関係

<p><input type="checkbox"/> (5) ペースメーカーまたは除細動器の植え込みがなく、</p> <p><input type="checkbox"/> 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。</p> <p><input type="checkbox"/> 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。</p> <p><input type="checkbox"/> (6) ペースメーカーまたは除細動器の植え込みはないが、発作のおそれの観点から、運転を控えるべきである。</p> <p><input type="checkbox"/> ただし、今後6月（____月）以内に上記 <input type="checkbox"/> (5)ア <input type="checkbox"/> (5)イ と診断できることが見込まれる。</p> <p><input type="checkbox"/> 今後、上記 <input type="checkbox"/> (5)ア <input type="checkbox"/> (5)イ 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"/> (6) 上記(1)から(6)のいずれにも該当しない。</p>
<p>4 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

※A4版表裏印刷で使用。A4版2枚の場合は要割印。A3版1枚印刷も可。