

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 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 (改善の見込み) についての意見</p> <p><input type="checkbox"/> (1) 睡眠障害ではない。</p> <p><input type="checkbox"/> (2) 睡眠障害で眠気を生ずるおそれがあるが、軽度・中度である (重度の眠気を生ずるおそれはない。)</p> <p><input type="checkbox"/> (3) 睡眠障害で重度の眠気を生ずるおそれがある。</p> <p><input type="checkbox"/> (4) 今後6月 (___月) 以内に上記 <input type="checkbox"/> (1) <input type="checkbox"/> (2) と診断することが見込まれる。</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