

様式5－2

無自覚性の低血糖（薬剤性低血糖パターン2）関係
診 斷 書 (徳島県公安委員会提出用)

1 氏名	<input type="checkbox"/> 男 · <input type="checkbox"/> 女			
生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 · <input type="checkbox"/> 昭和 · <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日 生 (歳)
住 所				
2 医学的判断				
<input type="radio"/> 病名				
<input type="radio"/> 総合所見（現病歴、現在症、重症度、治療経過、治療状況など）				
3 現時点での病状（改善の見込み等）についての意見				
過去1年以内に意識消失がない場合				
ア 前兆を自覚できており、又は、血糖管理ができており、運転を控えるべきとはいえない(A)。				
イ 「(A)」とはいえないが、6月(月)以内に「(A)」と診断できることが見込まれる。				
ウ 上記ア又はイのいずれにも該当しない。				
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。
病院又は診療所の名称・所在地

年 月 日

担当診療科名

担当医師氏名