

様式5-3

無自覚性の低血糖（薬剤性低血糖パターン3）関係
診 断 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
住 所	年 月 日 生 (歳)
<p>2 医学的判断</p> <p><input checked="" type="radio"/> 病名</p> <p><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）</p>	
<p>3 現時点での病状（改善の見込み等）についての意見</p> <p>過去1年以内に意識消失がある場合</p> <p>ア 前兆を自覚できており、運転を控えるべきとはいえない。1年以内の意識消失も前兆が自覚できる状態で起きている。(A)</p> <p>イ 前兆を自覚できており、運転を控えるべきとはいえない。1年以内の意識消失も血糖管理ができる状態で起きている。(B)</p> <p>ウ 血糖管理ができており、運転を控えるべきとはいえない。1年以内の意識消失も前兆が自覚できる状態で起きている。(C)</p> <p>エ 血糖管理ができており、運転を控えるべきとはいえない。1年以内の意識消失も血糖管理ができる状態で起きている。(D)</p> <p>オ (意識消失時には運転を控えるべき状況にあったが) その後の治療により、現時点では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。(E)</p> <p>カ 「(E)」とはいえないが、6月(月)以内に「(E)」と診断できることが見込まれる。 (当該期間内に意識消失後1年以上が経過する場合)</p> <p>キ 「(E)」とはいえないが、6月(月)以内に「(E)」と診断できることが見込まれる。 (当該期間内に意識消失後1年以上が経過しない場合)</p> <p>ク 上記のアからキ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。
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