

(再発性の失神・反射性(神経調節性)失神関係)

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 (歳)	
2 医学的診断			
<input type="radio"/> 病 名			
<input type="radio"/> 総合所見（現病歴、現症状、重症度、治療経過、治療状況等）			

3 現時点での病状（改善の見込み等）についての意見			
過去5年以内に反射性（神経調節性）失神で意識を失ったことがあるが			
(1) 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。(A)			
(2) 6月以内[若しくは6月より短期間（ヶ月間）]に「(A)」と診断できることが見込まれる。			
(3) 上記(1)又は(2)のいずれにも該当しない。			
4 その他特記すべき事項			

担当医として以上のとおり診断する。 年 月 日

病院又は診療所等の名称・所在地（電話番号）

担当診療科名

担当医師名