

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 | 年 | 月 |
| 住 所 | | 日 | 生 (歳) |
| 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、最終発作日など） | | | |
| 3 現時点での病状（改善の見込み等）についての意見 | | | |
| ア 過去5年以上発作が起こったことがなく、今後も発作が起こるおそれがないと認められる。 | | | |
| イ 発作が過去2年以内に起こったことがなく、今後、() 年程度であれば発作が起こるおそれがないと認められる。 | | | |
| ウ 1年間の経過観察の後、発作が意識障害及び運動障害を伴わない単純部分発作に限られ、今後、症状の悪化のおそれがないと認められる。 | | | |
| エ 2年間の経過観察の後、発作が睡眠中に限って起こり、今後、症状の悪化のおそれがないと認められる。 | | | |
| オ 上記ア・イ・ウ・エとはいえないが、6月(月)以内に上記ア・イ・ウ・エと診断できることが見込まれる。 | | | |
| カ 上記アからオのいずれにも該当しない。 (過去2年以内に発作を起こした・今後発作を起こすおそれがある等) | | | |
| 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。

年 月 日

病院又は診療所の名称・所在地

担当診療科名

担当医師氏名