

様式5-1

診 断 書

無自覚性の低血糖（薬剤性低血糖パターン1）関係

(徳島県公安委員会提出用)

1 氏名

男・女

生年月日

大正・昭和・平成

年

月

日 生

(歳)

住 所

2 医学的判断

病名

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 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。

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