

診 断 書

(大分県公安委員会提出用)

1	氏 名 男・女 生年月日 T・S・H 年 月 日 (歳) 住 所
2	医学的診断 <input type="checkbox"/> 病 名 <input type="checkbox"/> 総合所見 (現病歴、現症状、重症度、治療経過、治療状況など) <input type="checkbox"/> 最終発作 年 月 日
3	現時点での病状 (改善の見込み等) についての意見 (①～⑥の該当項目にレ点) <input type="checkbox"/> ① 発作が過去 5 年以内に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診断される。 <input type="checkbox"/> ② 発作が過去 2 年以内に起こったことがなく、今後、(該当年数にレ点) <input type="checkbox"/> 1 年 <input type="checkbox"/> 2 年 <input type="checkbox"/> 3 年 <input type="checkbox"/> 5 年 程度であれば発作が起こるおそれがないと診断される。 なお、当該期間経過後、その後の発作のおそれについて再度診断を要する。 <input type="checkbox"/> ③ 1 年間の経過観察後、てんかん発作の症状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。 <input type="checkbox"/> ④ 2 年間の経過観察後、てんかん発作の症状が睡眠中に限ってのみ起こり、今後、症状の悪化のおそれがないと認められる。 <input type="checkbox"/> ⑤ 今後、(該当期間にレ点) <input type="checkbox"/> 6 か月 <input type="checkbox"/> 5 か月 <input type="checkbox"/> 4 か月 <input type="checkbox"/> 3 か月 <input type="checkbox"/> 2 か月 <input type="checkbox"/> 1 か月 以内に上記②から④のいずれかになることが見込まれる。 <input type="checkbox"/> ⑥ 上記①から⑤のいずれにも該当しない。それは、 <input type="checkbox"/> 過去 2 年以内に発作を起こした。 <input type="checkbox"/> 今後発作を起こすおそれがある。 <input type="checkbox"/> その他 () からである。
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

病院又は診療所等の名称・所在地

担当診療科名

担当医師