

診 断 書

(岩手県公安委員会提出用)

1	氏 名 生年月日 住 所	年 月 日	男 ・ 女 日 (歳)
2	医学的判断 <input type="radio"/> 病名 <input type="radio"/> 総合所見 (現病歴、既往症、重症度、治療経過、治療状況等) <input type="radio"/> 最終発作 年 月 日		
3	現時点での症状 (改善の見込み等) についての意見 ア 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。(過去2年以内に意識障害又は運動障害を伴う発作がない場合に限る。) 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 6月以内に上記ア・イ・ウ・エのいずれかになることが見込まれる。 カ 6月より短期間 (カ月間) で上記ア・イ・ウ・エのいずれかになることが見込まれる。 キ 上記アからカのいずれにも該当しない。(下記該当項目に○) ・ 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。 ・ ()		
4	その他特記すべき事項		

以上のとおり診断します。

年 月 日

医療機関の名称・所在地

担当診療科名

担当医師名

印