

診 断 書

（岩手県公安委員会提出用）

1	氏 名 生年月日 住 所	男 ・ 女 年 月 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）	
3	脳卒中等の再発のおそれの観点からの意見（該当項目に○印をしてください。） ア 回復して脳卒中等にかかっているとはいえない。 イ 脳卒中等にかかっているが、再発のおそれの観点からは、運転を控えるべきとはいえない。 ウ 今後（ ）年程度であれば、再発のおそれはなく、運転を控えるべきとはいえない。 エ 「再発のおそれがあり、運転を控えるべき」であるが、6月（ ）月以内に「運転を控えるべきとはいえない」と診断できることが見込まれる。 オ 「再発のおそれがあり、運転を控えるべき」であるが、6月（ ）月以内に、「今後（ ）年間は、運転を控えるべきとはいえない」と診断できることが見込まれる。 カ 再発のおそれがあり、運転を控えるべきである。 キ その他 （ ）	
4	脳卒中等に起因する病気について 脳卒中等により、次の病気が発症している。 <input type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> 該当あり（該当項目に○印をしてください。） ア 症候性てんかん →※3ページの6欄も記載してください。 イ 認知症 →※3ページの7欄も記載してください。 ウ 精神疾患 →※4ページの8欄も記載してください。 エ その他安全な運転に支障がある症状のある病気→※4ページの9欄も記載してください。 3ページ又は4ページの意見が記載できない場合は、次のいずれかに記載してください。 <input type="checkbox"/> 上記の病気にかかる意見については専門外であり記載できないが、下記の医師が主治医として診察している。 医療機関名 医師名 <input type="checkbox"/> その他（ ）	

※ A3両面4ページ印刷で使用すること。A4両面2枚印刷の場合は、割印をすること。

5 後遺障害についての意見

後遺障害なし 後遺障害あり

(1) 脳卒中等の後遺障害として、次の障害が生じている。

ア 意識障害
(障害名)

イ 見当識障害、記憶障害、判断障害、注意障害等
(障害名)

ウ 身体の麻痺等の運動障害
(障害名)

エ 視覚障害（視力障害、視野障害等）
(障害名)

オ その他の障害
(障害名)

(2) 上記障害の具体的な症状

(3) 回復の見込み

ア 回復の見込みはない。（慢性化）

イ 6月（月）以内に回復する見込みがある。

(4) 安全な運転に支障がある症状かどうかについての意見

※上記ウの身体の麻痺等の運動障害については、原則として公安委員会が行う適性検査により判断しますので、下記の記載は不要です。

ア 上記障害があるが、安全な運転に支障がある症状ではない。

イ 上記障害があるが、安全な運転に支障があるかどうかは判断できない。

ウ 上記障害があるため、安全な運転に支障があり、運転は控えるべき。

(補足事項)

(5) 運転に関する指導内容

(6) その他

6 症候性てんかんについて

(1) 最終発作 年 月 日

(2) 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お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。

・ （)

7 認知症について

病名及び改善の見込みの意見

ア アルツハイマー型認知症

イ 血管性認知症

ウ 前頭側頭型認知症（ピック病）

エ レビー小体型認知症

オ その他の認知症（)

※ 上記オの場合、下記該当項目に○を記載してください。

(ア) 6月（ ）月以内に回復する見込みがある。

(イ) 6月以内に回復する見込みがない。

(ウ) 回復の見込みがない。

(エ) 上記のいずれにも該当しない。（)

カ 認知症ではないが認知機能の低下が見られ今後認知症となるおそれがある。

※ 上記カの場合、下記該当項目に○を記載してください。

(ア) 軽度の認知機能の低下が認められる。

(イ) 境界状態にある。

(ウ) 認知症の疑いがある。

キ 認知症ではない。

8 精神疾患について

(1) 病名

(2) 現時点での症状（運動能力及び改善の見込み）についての意見

ア 自動車等の安全な運転に必要な認知、予測、判断又は操作のいずれかに関する能力（以下「安全な運転に必要な能力」という。）を欠くこととなるおそれのある症状を呈していない。

イ 自動車等の安全な運転に必要な能力を欠くこととなるおそれのある症状を呈している。

※下記の該当する項目を○で囲み、6月よりも短期間で判断できる場合には、その期間を（月）に記載してください。

イー1 それは、過去6月以内に特殊な事情があったためであり、今後6月（月）以内にアの判断ができる見込みがある。

イー2 6月以内には、アの判断ができる見込みはない。

(3) 現時点での症状を踏まえた今後の見通しについての意見（上記でアに該当する場合のみ）

ア 安全な運転に必要な能力を欠くこととなるおそれがある症状（以下「運転に支障のある症状」という。）が再発するおそれはないと認められる。

イ 運転に支障のある症状が再発するおそれがないとまでは認められないが、（年）程度であれば、症状が再発するおそれはないと認められる。

ウ 6月以内に運転に支障のある症状が再発するおそれが認められる。

※下記の該当する項目を○で囲み、6月よりも短期間で判断できる場合には、その期間を（月）に記載してください。

ウー1 ただし、6月（月）以内にア又はイの判断ができる見込みがある。

ウー2 6月以内には、ア又はイの判断ができる見込みはない。

9 その他安全な運転に支障がある症状のある病気

(1) 病名

(2) 現時点での症状（改善の見込み）についての意見

ア 安全な運転に支障がある症状のある病気であり、運転は控えるべきである。

イ 安全な運転に支障がある症状のある病気であるが、6月（月）以内に、安全な運転に支障がある症状はないと判断できる見込みがある。

ウ 上記のいずれにも該当しない。

（ ）

10 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