

第6号様式

(脳卒中：(脳梗塞・くも膜下出血・一過性脳虚血発作等又は脳動脈瘤破裂・脳腫瘍等)関係)

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	医学的判断等 <input type="radio"/> 傷病名 <input type="radio"/> 発症日又は受傷日 <input type="radio"/> 総合所見(現病状、現症状、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(①～⑤の該当項目にレ点) <input type="checkbox"/> ① 脳卒中等により、次の障害が残存しており、医学的観点からは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「自動車等の安全な運転に必要な能力」という。)を欠くおそれがあると診断される。 (該当する障害にレ点) <input type="checkbox"/> 意識障害 <input type="checkbox"/> 見当識障害 <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 判断障害 <input type="checkbox"/> 注意障害等 <input type="checkbox"/> 失語症 <input type="checkbox"/> 身体の麻痺等の運動障害 <input type="checkbox"/> 視覚障害(視力障害、視野障害等) <input type="checkbox"/> (右・左)半側空間無視 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> ② 上記の障害が残存しているとはいえないが、再発のおそれの観点から自動車等の安全な運転に必要な能力を欠くおそれがあると診断される。 <input type="checkbox"/> ③ 現時点では、自動車等の安全な運転に必要な能力を欠くおそれがあるが <input type="checkbox"/> 6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 (該当期間にレ点) 以内に自動車等の安全な運転に必要な能力を欠くおそれがないと診断できることが見込まれる。 <input type="checkbox"/> ④ 上記の障害が残存しているとはいえないが、 <input type="checkbox"/> 5年 <input type="checkbox"/> 4年 <input type="checkbox"/> 3年 <input type="checkbox"/> 2年 <input type="checkbox"/> 1年 <input type="checkbox"/> 6か月 (該当期間にレ点) 経過した時点で、自動車等の安全な運転に必要な能力を欠くおそれがあるかについて診断する必要がある。 <input type="checkbox"/> ⑤ 上記のいずれにも該当しない(該当項目にレ点)。 <input type="checkbox"/> 脳梗塞等の後遺症があるが、自動車等の安全な運転に必要な能力を欠くおそれがあるとまではいえない。 <input type="checkbox"/> 回復して脳卒中等にかかっているとはいえない。 <input type="checkbox"/> その他( )	
4	その他の特記事項(脳卒中に起因する病気、後遺障害等)	

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