

診 断 書

(福井県公安委員会提出用)

(無自覚性の低血糖で過去1年以内に意識の消失がない場合)

1 氏 名	男 ・ 女
生年月日	T ・ S ・ H 年 月 日 (歳)
住 所	
2 医学的判断	
○ 病 名	
○ 総合所見 (現病歴、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	
過去1年以内に意識消失がない場合であるが、	
ア 運転を控えるべきとはいえない。	
イ 6月以内に上記アと診断できることが見込まれる。	
ウ 6月より短期間 (月) で上記アと診断できることが見込まれる。	
エ 上記アからウまでのいずれにも該当しない。	
4 その他運転に関する意見	

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

担当医師名

診断書の記載について

病気が理由で、自動車等の安全な運転に必要な認知、予測、判断、操作をする能力が、一定の基準以上備わっていない場合は、免許を保有することが出来ないと法令で定められています。

そこで、病気の現状が、免許の取消し、停止又は継続のどの基準に該当するのかを判断する資料として、診断書を提出していただくものです。

「2 医学的判断」欄の「総合所見」には、発症時期や治療経過、病状経過など、現症状を中心に記載願います。

「3 現時点での病状についての意見」欄に記載された事項で、免許の取り扱いを次のとおり判断する予定です。

- ・ ア → 継続
- ・ イ → 停止（判断が決定するまでの6月以内の期間）
- ・ ウ → 停止（判断が決定する6月、又は（○月））
- ・ エ → 取消し

※ ○は1～5の整数

「4 その他参考事項」の欄は、

- ※ 病気が完治している場合
- ※ その他安全な運転に必要な能力について参考とすべき事項などを記載願います。

福井県警察本部 交通部
運転免許課 講習指導係
電話 0776-51-2820
(内線341～344)

無自覚性の低血糖で1年以内に意識消失がない場合（様式第8号）