

意識消失のおそれ（7 重度の眠気症状を呈する睡眠障害）

診 断 書

（香川県公安委員会提出用）

1	氏名	男 ・ 女
	生年月日	S・H 年 月 日（ 歳）
	住所	
2	医学的判断	
	<input type="radio"/> 病名	
	<input type="radio"/> 総合所見（現病歴、現症状、重症度、治療経過、治療状況など）	
3	現時点での症状（改善の見込み等）についての意見	
	ア 現在、睡眠障害で重度の眠気を生じるおそれがある。（6月以内に重度の眠気が生じるおそれがなくなる見込みがあるとはいえない。）	
	イ 現在、睡眠障害で重度の眠気を生じるおそれがあるが、6月以内に重度の眠気が生じるおそれがなくなる見込みがある。	
	ウ 現在、睡眠障害で眠気が生ずるおそれがあるが、軽度や中等度に限られる。 ※ 今後の経過観察の要否 ・必要（ 年後） ・不要	
	エ 現在、睡眠障害でない。	
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

担当医氏名