

膝関節の動揺性について照会 ・ 回答

患者（ 殿 年 月 日生 ）

このたび、 様より、 年 月 日発生の交通事故による後遺障害について、自賠責保険に申請され、現在検討を行っている段階です。

つきましては、後遺障害の認定にあたり、ご教示いただきたい事項がございますので、ご多忙中、誠に恐縮とは存じますが、下記の照会項目に対し、別紙に回答いただきますようお願い申し上げます。

記

1. 初診時の歩行状態についてご教示ください。（○で囲んでください。）

- (ア) 歩行は正常であった。
- (イ) 歩行は可能であったが、軽度の跛行を認めた。
- (ウ) 歩行は可能であったが、高度の跛行を認めた。
- (エ) 加重歩行は全く不可能であった。

2. 下肢の筋萎縮の程度についてご教示ください。

	右	左
大 腿 周 径	c m	c m
	膝蓋骨の上 c mのところ測定	
下 腿 周 径 □にチェック願います	c m	c m
	<input type="checkbox"/> 膝蓋骨の下 c mのところ測定 <input type="checkbox"/> 下腿の一番太いところ測定	

3. ストレスX-P撮影の有無と画像所見についてご教示ください。

(□にチェック願います) なお、後日ストレスX-Pの借用手続きさせていただく場合には、宜しくお取り計らいくださいますようお願い申し上げます。

撮影日 年 月 日 右膝 有 無 左膝 有 無
所見 ()

撮影日 年 月 日 右膝 有 無 左膝 有 無
所見 ()

撮影日 年 月 日 右膝 有 無 左膝 有 無
所見 ()

撮影日 年 月 日 右膝 有 無 左膝 有 無
所見 ()

4. _____のご所見ですが、
当該骨折および靭帯損傷に起因する就労上および日常生活上の支障ならびに固定装具装着の
要否についてご教示ください。

5. 参考までに、装具の装用についてご教示ください。(□にチェック願います)

(ア) 軟性

(イ) 硬性 → (膝関節が動く装具 膝関節を固定する装具)

(ウ) 装具の名称についてご教示ください。()

(エ) 装具の装用無し

年 月 日

医療機関名

住 所

診療科目

医 師 名

印