



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

平成 年 月 日

医療機関名

住 所

診療科目

医 師 名

印