

「脳振盪／脳振盪の疑い」段階的競技復帰のための証明書
競技者が中学生以下の場合

都道府県ラグビー協会 御中

フリガナ
競技者氏名
生年月日 西暦
チーム名
ポジション

年 月 日

受傷日 西暦 年 月 日 (本人申告、あるいは記録で確認)

① フルコンタクト前の診察

- 本日が「脳振盪」あるいは「脳振盪の疑い」の受傷日(1日目)から 21 日目以降であることを確認しました。
- 上記の者は、フルコンタクト前の本日の診察では脳振盪の症状がみられませんでした。

西暦 年 月 日

医師氏名 印
住所

(競技者記入)

- 私は、受傷日から 14 日間はスポーツ活動を一切行いませんでした。
- その後、段階的競技復帰を実施しました。
- 現在は脳振盪の症状はないため、フルコンタクトの練習に参加することに同意します。

西暦 年 月 日 (受傷日より第 日目)

競技者氏名 印
住所

保護者氏名 印
住所

② フルコンタクト後(競技復帰前)の診察

- 本日が①の 48 時間以降であり、①の診察以降にフルコンタクトの練習に参加したことを本人に確認しました。
- 上記の者は、コンタクト後の本日の診察では脳振盪の症状がみられませんでした。

西暦 年 月 日

医師氏名 印
住所

(2021 年 5 月 31 日様式改定)