

「脳振盪／脳振盪の疑い」
医師管理下でない段階的競技復帰のための証明書
(高専生、高校生、中学生以下を除く)

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 年 月 日
チーム名
ポジション

受傷日 西暦 年 月 日 (本人申告、あるいは記録で確認)

- 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 20 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、脳振盪の症状がみられませんでした。
- 上記の者は、受傷日時点で高専生、高校生、あるいは中学生以下でないことを確認しました。

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

競技者が未成年の場合は
保護者氏名 印
住所

(2021 年 5 月 31 日様式改定)