

「脳振盪／脳振盪の疑い」
医師管理下の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

上記の者は、段階的競技復帰の下記ステージを私の管理のもとで実施しました。

段階的競技復帰の記録

- ・ステージ1 (24時間以上) 年 月 日 ～ 年 月 日
- ・ステージ2 (24時間以上) 年 月 日 ～ 年 月 日
- ・ステージ3 (24時間以上) 年 月 日 ～ 年 月 日
- ・ステージ4 (24時間以上) 年 月 日 ～ 年 月 日

ステージ4終了後で、フルコンタクト練習の前の本日の診察において、脳振盪の症状と所見がないことを確認しました。

西暦 年 月 日 (受傷日より第 日目)

医師氏名 印
住所

(競技者記入)

私は、上記の段階的競技復帰を上記医師の管理下で実施し、現在は脳振盪の症状はないため、フルコンタクト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)