

脳振盪／脳振盪の疑い報告書

報告日 西暦 年 月 日

報告者氏名

チーム責任者 担当レフリー マッチドクター

受傷者 (選択肢があるものには✓をつける)

| | | | | | | | |
|---|------|-------------------------------|------------------------------|----------------------------------|---|----|---|
| フリガナ 氏名 | 生年月日 | 西暦 | 年 | 月 | 日 | 年齢 | 歳 |
| 性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | チーム名 | <input type="checkbox"/> 15人制 | <input type="checkbox"/> 7人制 | <input type="checkbox"/> その他 () | | | |
| ポジション | | | | | | | |
| カテゴリー <input type="checkbox"/> スクール <input type="checkbox"/> 中学生 <input type="checkbox"/> 高校生 <input type="checkbox"/> 高専生 <input type="checkbox"/> 大学生 | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 社会人(含む LEAGUE ONE) <input type="checkbox"/> クラブ <input type="checkbox"/> 女子 <input type="checkbox"/> その他 () | | | | | | | |
| 所属都道府県協会 | 協会 | | | | | | |

受傷の状況(選択肢があるものには✓をつける)

| | | |
|--|----|------------------------------|
| 発生日 西暦 年 月 日 | 場所 | <input type="checkbox"/> 試合中 |
| 受傷時のプレー | | <input type="checkbox"/> 練習中 |
| <input type="checkbox"/> タックルをした <input type="checkbox"/> タックルをされた <input type="checkbox"/> ラック・モール <input type="checkbox"/> 不意の衝突 <input type="checkbox"/> スクラム <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他 () | | |
| 衝突した対象 | | |
| <input type="checkbox"/> 相手選手 <input type="checkbox"/> 味方選手 <input type="checkbox"/> 地面 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他 () | | |
| グラウンドコンディション <input type="checkbox"/> 芝 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 人工芝 / <input type="checkbox"/> 固い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 柔らかい | | |

脳振盪の症状 (当てはまる症状に✓をつける。複数回答可)

| |
|--|
| <input type="checkbox"/> A 意識消失 <input type="checkbox"/> B けいれん発作 <input type="checkbox"/> C バランスが悪い <input type="checkbox"/> D 立ち上がれない <input type="checkbox"/> E 混乱している <input type="checkbox"/> F 見当識がない(場所や時間がわからなくなる) <input type="checkbox"/> G ぼーっとしている、表情が乏しい <input type="checkbox"/> H 吐き気 <input type="checkbox"/> I 行動が変わった(感情的になる、いらだつ) <input type="checkbox"/> J 健忘(思い出せない) <input type="checkbox"/> K 頭痛 <input type="checkbox"/> L 頸部痛 <input type="checkbox"/> M 頸部圧迫感 <input type="checkbox"/> N 霧の中にいる感じ <input type="checkbox"/> O ものがかすんで見える <input type="checkbox"/> P マドックの質問に答えられなかった <input type="checkbox"/> Q その他() |
|--|

症状を確認した人(名前) チーム関係者 レフリー
 ドクター トレーナー

受傷時の処置(応急処置の内容を書き入れる)

| | | |
|--------------|----------|------------------|
| 過去に受けた脳振盪の回数 | 最近はいつですか | (わかる範囲で記入してください) |
|--------------|----------|------------------|

この報告書は個人非特定のもと日本ラグビーフットボール協会の安全対策のための資料として使用されます。

2021年11月12日改定