

「脳振盪／脳振盪の疑い」段階的競技復帰のための証明書（2週間）

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）

- 上記の者は、WR が示すところの脳振盪の既往はありませんでした。
- 上記の者は、受傷 36-48 時間後に実施した SCAT5 でベースラインと比較して悪化がみられませんでした。
- 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 18 歳未満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 7 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