

受付番号	
------	--

傷害報告書 1

(見舞金請求書)

※太枠内に記入をしてください。

チーム代表者	住所	〒			提出日 西暦			年	月	日
	フリガナ氏名	印 TEL			都道府県協会	三支部協会	日本協会			
送金先	金融機関		支店名		受付日	協会	受付日	受付日		
	口座名	普通 当座	口座番号				協会			
	口座名義	TEL								

団体登録番号		団体名				
JRFU 共通個人 ID		フリガナ氏名		年齢	歳	性別

傷害内容 または傷病名																	
傷害発生日	西暦			年	月	日	傷害発時刻	時頃									
傷害発生状況	<input type="checkbox"/>	1. 試合 2. 練習試合 3. 練習 4. その他		受傷時の 試合時刻	<input type="checkbox"/>	1. 前半 2. 後半		分頃	受傷 機転	<input type="checkbox"/>	1. スクラム 2. タックルして 3. タックルされて 4. ラック 5. モール 6. その他()						
(その時の状況を具体的に)書ききれない場合には、裏面に記入して下さい。																	
(例)左にパスをしようとしたところ右前方より右大腿部にタックルされ、倒れた上を乗りかかられた時に右膝を負傷した。																	
試合名					対戦 チーム名				<input type="checkbox"/>	1. 公式 2. 非公式							
マウスガード	<input type="checkbox"/>	1. 装着(カスタムメイド) 2. 装着(市販品) 3. 非装着			コンタクトレンズ	<input type="checkbox"/>	1. 装着 2. 非装着		ヘッドギア	<input type="checkbox"/>	1. 装着 2. 非装着						
受傷時の ポジション	<input type="checkbox"/>	1. 左ブロップ 2. フッカー 3. 右ブロップ 4. 左ロック 5. 右ロック 6. 左フランカー 7. 右フランカー 8. No8 9. スクラムハーフ 10. スタンドオフ 11. 左ウィング 12. 左センター 13. 右センター 14. 右ウィング 15. フルバック 16. 未定															
天候	<input type="checkbox"/>	1. 晴れ 2. 曇り 3. 雨 4. 雪		<input type="checkbox"/>	1. 日没前 2. 日没後		グラウン ドの状態	<input type="checkbox"/>	1. 芝 2. 土 3. その他		照明	<input type="checkbox"/>	1. 有り 2. 無し	気温	℃	湿度	%
レフリー	<input type="checkbox"/>	1. 在 2. 不在	資格	<input type="checkbox"/>	1. 有り 2. 無し	氏名				ドクター	<input type="checkbox"/>	1. 在 2. 不在	氏名				
傷害時 処置	<input type="checkbox"/>	1. レフリー 2. 監督・コーチ・指導責任者 3. 医師 4. その他()				処置の 内容											
体重	身長		胸囲		腹囲		頸囲		座高								
	kg		cm		cm		cm		cm								
既往歴	脳振盪	頭蓋内損傷	頸部(蓋)損傷	腹部損傷	四肢骨折	膝関節損傷	日射病	高血圧	心臓疾患	糖尿病							
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							

審査年月日 ① 級 千円

西暦 年 月 日 1. 期限切れ ② ③ 予備1 予備2

診断結果