

# 脳振盪報告書（兼脳損傷等報告書）〔脳振盪 脳振盪の疑い 脳損傷 急性硬膜下血腫〕

該当する頭部外傷に✓を入れて下さい。重複しても構いません。  
この報告書の脳損傷とは CT/MRI 等の画像によって診断される骨や脳の  
外傷とします。例として、急性硬膜外血腫、脳挫傷、外傷性くも膜下出血、  
頭蓋骨骨折等であり、単なる頭皮の傷は含みません。以下に医師から知ら  
された診断名を記入して下さい。

報告日 西暦 年 月 日

報告者氏名

チーム責任者 チームドクター チームトレーナー

チーム SA マッチドクター レフリー

脳損傷等の診断名（ ） 連絡を取りやすい連絡先（電話やメール）

受傷者（選択肢があるものには✓をつける）

|            |   |                              |                               |                             |                             |           |   |
|------------|---|------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------|---|
| フリガナ<br>氏名 | 生年月日  | 西暦                           | 年                             | 月                           | 日                           | 年齢        | 歳 |
|            |   | <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  | <input type="checkbox"/> 高校   | <input type="checkbox"/> 高専 | <input type="checkbox"/> 大学 | 在籍する学校の学年 |   |
|            | <input type="checkbox"/> 社会人(含む LEAGUE ONE) | <input type="checkbox"/> クラブ | <input type="checkbox"/> その他（ |                             | ）                           |           |   |
| 所属都道府県協会   |   |                              |                               |                             |                             |           |   |

受傷の状況（選択肢があるものには✓をつける）

|         |   |                                      |                               |                               |                               |                               |                              |
|---------|---|--------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|------------------------------|
| 受傷日     | 西暦  | 年                                    | 月                             | 日                             | 場所                            | <input type="checkbox"/> 試合   |                              |
| 受傷時のプレー | <input type="checkbox"/> タックルをした                | <input type="checkbox"/> タックルをされた    |                               |                               |                               | <input type="checkbox"/> 練習試合 |                              |
|         | <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"/> 練習   |                              |
|         | <input type="checkbox"/> その他（                   |                                      |                               |                               |                               | ）                             |                              |
| 頭部打撲の対象 | 相手選手の（ <input type="checkbox"/> 膝               | <input type="checkbox"/> 腰           | <input type="checkbox"/> 頭    | <input type="checkbox"/> その他） | <input type="checkbox"/> 味方選手 | <input type="checkbox"/> 不明   | <input type="checkbox"/> その他 |
|         | <input type="checkbox"/> 頭部に衝撃を受けた後ピッチにも頭部をぶつけた | <input type="checkbox"/> 逆ヘッドタックルだった |                               |                               |                               |                               | （該当すれば✓を入れる 複数可）             |

受傷時の症状（当てはまる症状に✓をつける。複数回答可） ※SCAT での症状の確認および記録を推奨

|   |  |   |  |                                   |  |                                 |   |
|---|--|---|--|-----------------------------------|--|---------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> A 意識消失/意識消失の疑い           | <input type="checkbox"/> B けいれん発作                | <input type="checkbox"/> C 硬直姿勢                     | <input type="checkbox"/> D 立ち上がれない/バランスが悪い | <input type="checkbox"/> E 混乱している |  |                                 |   |
| <input type="checkbox"/> F ぼーっとしている/表情が乏しい/うつろな表情 | <input type="checkbox"/> G 見当識がない(場所や時間がわからなくなる) | <input type="checkbox"/> H 行動が変わった<br>(感情的になる/いらだつ) | <input type="checkbox"/> I 健忘(思い出せない)      | <input type="checkbox"/> J 頭痛     | <input type="checkbox"/> K マドックの質問に不正解 | <input type="checkbox"/> L その他( | ） |

受傷時の処置(応急処置の内容を書き入れる)

大切な事柄

この報告書は見舞金制度の『傷害報告書1（見舞金請求書）』とは異なります。見舞金に関わる場合は別途、『傷害報告書1（見舞金請求書）』を提出して下さい。また、下記に示す重症傷害に該当する場合は、本報告書及び『傷害報告書1（見舞金請求書）』とは別に、『重症傷害報告書』を提出して下さい。  
本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。  
脳損傷や急性硬膜下血腫では、臨床経過の報告や CT/MRI 画像の提出を依頼することがあります。  
本報告書の提出はラグビー競技への復帰を閉ざすものではありません。提出へのご協力をお願い致します。

重症傷害報告書を提出する必要がある外傷

- 1 頭蓋骨骨折の有無に関係なく 24 時間以上の意識喪失を伴う障害
- 2 四肢の麻痺を伴う脊髄損傷
- 3 死亡
- 4 開頭および脊椎の手術を要したもの
- 5 胸・腹部臓器で手術を要したもの
- 6 1～5のほか診断書で重症と思われるもの  
(6については、緊急手術を要する傷害、長期入院を要する傷害等、重傷と思われる傷害をさす)