

脳振盪／脳振盪の疑い報告書

報告日 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）

氏名	生年月日	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	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（含むトップリーグ） <input type="checkbox"/> クラブ	学年					年生

受傷の状況（選択肢があるものには✓/○をつける）

発生日	年	月	日	場所	<input type="checkbox"/> 試合中 <input type="checkbox"/> 練習中
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"/> 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（あてはまる症状に✓/○をつける、✓/○はいくつでも）

<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 ものがかすんでみえる <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下さい）
--------------	----------	-----------------

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。

平成 29 年 3 月 20 日改訂