

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	チーム名				<input type="checkbox"/> 15人制	ポジション
<input type="checkbox"/> 女					<input type="checkbox"/> 7人制	
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					学年	
					□社会人（含むトップリーグ） <input type="checkbox"/> クラブ	
					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
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 (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 立ち上がりれない	<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