脳振盪／脳振盪の疑い報告書

報告日　　西暦　　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(フリガナ)　　生年月日　西暦　　年　　月　　日　年齢　　歳
性別　□男　　チーム名 **芦屋ラグビースクール** □15 人制　□7 人制　□その他（　　） □女　　ポジション
カテゴリー　□スクール　□中学生　□高校生　□高専生　□大学生 □社会人(含むトップリーグ)　□クラブ　□女子　□その他（　　）
所属都道府県協会　　**兵庫県** 協会

受傷の状況(選択肢があるものには✓をつける)

発生日　西暦　　年　　月　　日　　場所　　□試合中 受傷時のプレー　　□練習中 □タックルをした　□タックルをされた　□ラック・モール　□不意の衝突　□スクラム　□不明 □その他（　　）
衝突した対象 □相手選手　□味方選手　□地面　□不明　□その他（　　）
グラウンドコンディション　　□芝　□土　□人工芝　／　□固い　□普通　□柔らかい

脳振盪の症状　　(当てはまる症状に✓をつける。複数回答可)

□A 意識消失　□B けいれん発作　□C バランスが悪い　□D 立ち上がれない　□E 混乱している □F 見当識がない(場所や時間がわからなくなる)　□G ぼーっとしている、表情が乏しい　□H 吐き気 □I 行動が変わった(感情的になる、いらだつ)　□J 健忘(思い出せない)　□K 頭痛　□L 頚部痛 □M 頚部圧迫感　□N 霧の中にいる感じ　□O ものがかすんで見える　□P マドックの質問に答えられなかった □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ください)

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。

2021 年 5 月 31 日改定