

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	〒 659-0021 芦屋市春日町6-19			提出日 西暦 年 月 日		
	フリガナ 氏名	河原 和尚 印 TEL 0797-20-8306			都道府県協会	三支部協会	日本協会
送金先	金融機関	尼崎信用金庫	支店名	阪神芦屋支店	受付日	受付日	受付日
	口座名	普通 当座	口座番号	0072580			
	口座名義	芦屋ラグビースクール TEL 0797-38-5245					

団体登録番号	2802001	団体名	芦屋ラグビースクール				
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																					
傷害発生年月日		西暦 年 月 日			傷害発生時刻		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. モーラー 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 ℃ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 湿度 % <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>									
レフ リ		<input type="checkbox"/> 1. 在 2. 不在		資 格 <input type="checkbox"/> 1. 有り 2. 無し		氏 名				ドク タ		<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											
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 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="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	

審査年月日

西暦 年 月 日 1. 期限切れ

① 級 千円

② ③

予備1 予備2

診断結果