**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　□ 男 チーム名 □ 15人制 　ポジション

 □ 女 　 　　　 　　　 □ 7人制

 カテゴリー　□スクール □中学生 □高校生 □高専生 □大学生　　 　学年

　　　　　　　□社会人（含むトップリーグ） □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　　　　　　　　　　 □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　（あてはまる症状に✓/○をつける、✓/○はいくつでも）

 □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ものがかすんでみえる □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