山梨県ラグビーフットボール協会

傷害報告書

脳震盪用（競技者；大学生、一般）用

医師の管理下（用）

（各ステージを医師または有資格のヘルスケア専門家が観察した場合）

①障害診断書１（見舞金請求書）
②障害診断書
③脳震盪/脳震盪疑い報告書
④段階的競技復帰のための証明書
上記①②③④を障害発生日より３０日以内に提出すること

⑤障害診断書
確定診断後６ヶ月以内に提出すること

ご担当　脳神経外科　先生様

このたびはラグビープレー中の頭部外傷の御高診をいただきまして
誠にありがとうございます。
日本ラグビーフットボール協会（JRFU）及びワールドラグビー協会（WR）
においては、脳震盪の管理においては、受傷直後の脳神経外科専門医に
よる診察、および画像診断(CT, MRI)を義務付けており、脳震盪の診断が
確認された場合、最低２１日間は医師の許可がない限りコンタクトプレー
を禁止するGRTPプロトコールに従い、プレーヤーの健康、安全管理を
行っております。初診受診後の運動許可は別紙の通りにご指導をいただき
一定期間の安静が確認されましたらフルコンタクト練習前後の診察にて
選手の神経所見等に変化が認められないことの証明をお願いいたします。
また、併せて傷害診断書のご記載をいただけますようお願い申し上げます。

必要記載書類

１）「脳震盪/脳震盪の疑い」　段階的競技復帰のための証明書
２）傷害診断書

山梨県ラグビーフットボール協会
メディカル・安全対策部

受付番号			

傷害報告書 1
（見舞金請求書）

チーム代表者	住所	〒			提出日　　年　　月　　日		
	氏名	印　TEL			都道府県協会	三地域協会	日本協会
送金先	金融機関		支店名		受付日	受付日	受付日
	口座名	普通　当座	口座番号				
	(フリガナ)口座名義	TEL			協会		

団体登録番号	□□□□□□□	団体名			
JRFU共通個人ID		(ふりがな)氏名	（　　）	年齢	□□歳

傷害内容または傷病名					
傷害発生年月日	□□□□年□□月□□日	傷害発生時刻	□□時頃		
傷害発生状況	□ 1. 試合　2. 練習試合　3. 練習　4. その他	受傷時の試合時刻	□ 1. 前半　2. 後半　□□分頃	受傷機転	□ 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. モール　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		□ 1. 公式　2. 非公式	
マウスガード	□ 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	□ 1. 装着　2. 非装着	ヘッドギア	□ 1. 装着　2. 非装着
受傷時のポジション	□□ 1.左プロップ　2.フッカー　3.右プロップ　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.左ウイング　12.左センター　13.右センター　14.右ウイング　15.フルバック　16.未定				

天候	□ 1. 晴れ　2. 曇り　3. 雨　4. 雪	□ 1. 日没前　2. 日没後	グラウンドの状態	□ 1.芝　2.土　3.その他	照明	□ 1. 有り　2. 無し	気温	□□□℃	湿度 □□□℃
レフリー	□ 1. 在　2. 不在	資格	□ 1. 有り　2. 無し	氏名		ドクター	□ 1. 在　2. 不在	氏名	
傷害時処置	□ 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
□□□kg	□□□cm	□□□cm	□□□cm	□□□cm	□□□cm

既往症	脳しんとう	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
	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

□□□□年□□月□□日　期限切れ □ 1:期限切れ

審査年月日

診断結果 ① □■□□　□□級　□□□□千円

② □■□□　③ □■□□　□□ 予備1 予備2

受付番号			

傷害報告書2

◇受傷機転が、[1.スクラム]の場合は必ず記入してください。

A	受傷したのは		1. 組んだ瞬間　2. 組んだ直後 3. ボールイン時　4. 組んでいる最中	B	ボールの投入		1. 味方ボール　2. 相手ボール
C	組んだときのタイミング		1. 良い　2. 良くない　3. 悪い	D	スクラムのくずれ(コラプシング)		1. 有り　2. 無し
E	持ち上げ(ホッピング)		1. 有り　2. 無し	F	衝突		1. 本人の頭と相手の頭 2. 本人の頭と相手の肩
G	ボールコントロール		1. できた　2. できなかった	H	押し		1. 押していた　2. 押されていた 3. 不動
I	ホイール		1. あった　2. なかった	J	スクラムの形態		1. 1対1　2. 3対3　3. 3対5 4. 5対5　5. 5対6　6. 6対6 7. 8対8　8. その他(　　)

◇受傷機転が、[2.タックルして]または[3.タックルされて]の場合は必ず記入してください。

A．受傷したのは

□ 1. タックルに行って　2. タックルを受けて

B．タックルしたプレヤーの人数

□ 1. 1人　2. 同時に2人

C．タックルされたプレヤーの状態

□ 1. 走行中　2. その場　3. 空中

D．タックラーは身体のどの部位でタックルに行ったか

□ 1. 肩　2. 頭　3. 腕　4. 手　5. スマザー　6. その他

E．タックルを受けたプレヤーはどの部位にタックルを受けたか

□□ 1. 膝下部　2. 膝　3. 大腿部　4. 腰部　5. 腹部
6. 背部　7. 胸部　8. 頚部　9. 頭部　10. スマザー

F．タックルを受けた瞬間

□ 1. ボールを持っていた　2. パスを受けた瞬間
3. パスをした直後

G．タックルを受けたプレヤーの結果

□ 1. 後方に倒れた　2. 前方に倒れた　3. 側方に倒れた　4. 倒れず　5. 振り回された　6. 突きとばされた
7. 投げとばされた

H．タックルに行ったプレヤー、またはタックルされたプレヤーのタックル後の結果

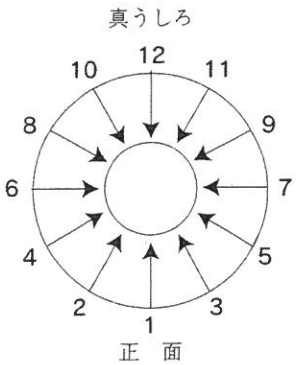
□ 1. 頭部が相手の身体の上に乗った　2. 頭部が相手の身体の下になった　3. 相手に当たられとばされた
4. 振り回された　5. 相手を止めただけ　6. 相手に絡まって胴体で倒れた　7. タックルをはずされ地面に倒れた

I．タックルされる直前のコース

□□ 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. → 9. ← 10. その他

J．タックルに入った方向、またはタックルされた方向

□□



K．タックルに入る瞬間の頭部の高さ

□ 1．上がっていた　2．下がっていた

L．タックルに入った時の頭部の位置

□ 1．順ヘッド　2．逆ヘッド　3．正面

団体名	
傷害者氏名	

(公財)日本ラグビーフットボール協会　御中

傷　害　診　断　書

年　　月審査

チーム記入欄

チーム登録番号	JRFU共通個人ID	チーム名

傷病者氏名		男 女	昭和 平成　　年　月　日生　歳
傷病者住所	〒□□□-□□□□ TEL　（　）		
脳震盪の場合	脳震盪/脳震盪の疑い報告書提出日　　年　月　日		復帰証明提出日　　年　月　日

医師記入欄　（特に今回の傷病の病状・経過及び治療方法などご記入ください）

1	傷病名	1) 2) 3)	傷病発生年月日	1)　年　月　日 2)　年　月　日 3)　年　月　日
2	初診日	1)　初診日　　平成　　年　月　日		
3	外来通院期間	1)　年　月　日　から　年　月　日　まで 2)　年　月　日　から　年　月　日　まで		
4	入院期間	1)　年　月　日　から　年　月　日　まで 2)　年　月　日　から　年　月　日　まで		
5	**検査**	□ CT　□ MRI　その他の検査＿＿＿＿＿＿＿＿		
6	**治療**	□ 保存的治療　□ 手術的治療　（検査・治療ともチェックを入れてください）		
7	**手術日**	（手術治療を行った場合に記入して下さい） 1)　年　月　日　術式 2)　年　月　日　術式		
8	**治療内容**			
9	既往症・持病又は既存の身体障害	（有の場合は、傷病名・障害の内容・罹病期間・治療の内容などをご記入ください） 有 無		

以上の通り証明〔診断〕する。

平成　　年　　月　　日

病院又は診療所の　所在地

電話番号

名称

医師氏名　　㊞

協会記入欄

見舞金給付表該当項目	等級　[　]-　-(　)	審査決定年月日　年　月　日

都道府県協会　受付日　協会　印	三地域協会　受付日	日本協会　受付日

医師の方へのお願い

「脳振盪／脳振盪の疑い」医師管理下でない段階的競技復帰のための証明書

（高専生、高校生、中学生以下を除く）の記載について

（公財）日本ラグビーフットボール協会では、「脳振盪」あるいは「脳振盪の疑い」と判断された競技者は、段階的に運動や練習の程度をあげてリハビリを行ってから競技に復帰することとしています。リハビリが医師管理下でない場合は、リハビリ期間は21日間以上 とすることになっています。

この証明書は、「脳振盪」あるいは「脳振盪の疑い」と判断された競技者が段階的なリハビリの最終段階としてのフルコンタクト練習（ぶつかり合う、通常の練習）をする前に、「脳振盪」の症状が残存していないことを確認していただくための書類です。

以下の事項を、受診した日の状態で確認してください。

□ 受診日が「脳振盪」あるいは「脳振盪の疑い」の受傷日（1日目）から20日目 以降であること。
□ 受診日に「脳振盪」の症状（下記参照）がないこと。
□ 受傷日に高専生、高校生、中学生以下でないこと

「脳振盪」の症状
□頭痛　□頚部圧迫感　□頚部痛　□吐き気、嘔吐　□めまい
□ものが霞んで見える　□バランスが悪い　□光に過敏　□音に敏感
□すばやく動けない感じ　□霧の中にいる感じ　□気分が良くない
□集中力がない　□思い出せない　□疲れている　□混乱している
□眠くなりやすい　□寝付きが悪い　□いつもより感情的
□怒りやすい　□悲しい　□神経質、不安感がある

（SCAT 2より）

（公財）日本ラグビーフットボール協会
安全対策委員会
平成26年6月1日

「脳振盪／脳振盪の疑い」

医師管理下でない段階的競技復帰のための証明書

（高専生、高校生、中学生以下を除く）

＿＿＿＿＿＿＿都道府県ラグビー協会　御中

競技者氏名
生年月日　　年　　月　　日
チーム名
ポジション

受傷日　　年　　月　　日　（本人申告、あるいは記録で確認）

□　本日が「脳振盪」あるいは「脳振盪の疑い」の受傷日（1日目）から20日目 以降であることを確認しました。
□　上記の者は、フルコンタクト前の本日の診察で 脳振盪の症状がみられませんでした 。
□　上記の者は、受傷日時点で高専生、高校生、あるいは中学生以下でないことを確認しました。

年　　月　　日

医師氏名　　印
住所

（競技者記入）
□　私は、受傷日から14日間はスポーツ活動を一切行いませんでした。
□　その後、段階的競技復帰を実施しました。
□　現在は脳振盪の症状はないため、フルコンタクトの練習に参加することに同意します。

年　　月　　日　（　受傷日より第　　日目　）

競技者氏名　　印
住所

競技者が未成年者の場合は
保護者氏名　　印
住所

（平成26年6月1日様式改定）