山梨県ラグビーフットボール協会

重症傷害報告書

・発生後、ただちに山梨県協会へ電話連絡
・重症傷害報告書　様式（１）を事故後３日以内に提出
（不明事項は、後日判明次第報告すること）
・重症傷害経過報告書　様式（２）を事故発生より１、２ヶ月後に提出
＊提出後、手術経過、症状、その後の経過を６ヶ月ごとに報告すること
またそれ以降も症状が改善されない場合は１年毎に報告すること
＊死亡の場合には、「死亡診断書」または「死体検案書」を添付すること

（提出書類）
①重症傷害報告書（様式１）
事故発生後３日以内に報告すること
②傷害報告書１（見舞金請求書）
③傷害報告書２
事故発生後３０日以内に提出すること

④重症傷害経過報告書（１，２ヶ月後）
事故発生後１、２ヶ月後に提出

⑤傷害診断書
確定診断後６ヶ月以内に提出

所属協会 安全対策委員会 委員長 ㊞	三地域協会 安全対策委員会 委員長 ㊞	日本協会 安全対策委員会 委員長 ㊞

重症傷害報告書〔受傷時〕（様式(1)）

西暦　　年　　月　　日

公益財団法人
日本ラグビーフットボール協会　殿

都道府県協会名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
チーム名称＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
チーム責任者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

記

1. 受傷者

〔1〕氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿　〔2〕年令＿＿＿才　生年月日 西暦　　年　　月　　日
〔2〕所　属（学校・会社・クラブ名・その他）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（学年）
〔3〕現住所 〒＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿☎＿＿＿＿＿＿＿＿
〔4〕ポジション No.＿＿＿＿　〔5〕ラグビー経験年数＿＿＿＿年

2. 受傷時の病名

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

〔1〕分　類（該当する番号に○印を付けてください）

①頭蓋骨骨折の有無に関係なく24時間以上の意識喪失を伴う障害

②四肢の麻痺の伴う脊髄損傷　③死亡　④開頭および脊椎の手術を要したもの

⑤胸･腹部臓器で手術を要したもの　⑥①～⑤のほか診断書で重症と思われるもの(※)

〔2〕手術の有無　有・無・予定　手術名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

3. 受傷時の症状

〔1〕意識喪失の有無について：　有・無
有に○をつけた場合、その意識喪失の期間：＿＿＿＿時間、または＿＿＿＿日
〔2〕四肢麻痺について：　有・無
有に○をつけた場合、その部位：右上肢・左上肢・右下肢・左下肢
〔3〕その他（臓器損傷・循環器障害など）

4. 受傷時の状況

〔1〕発生日　西暦＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日＿＿＿＿分ごろ
〔2〕場　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
〔3〕天　候　晴れ・曇り・雨・雪　気温＿＿＿℃　湿度＿＿＿＿＿＿
〔4〕グラウンドコンディション　芝・土・人工芝　硬さ　硬い・普通・柔かい
〔5〕練習・試合の別　試合・練習・練習試合
〔6〕受傷機転
タックルして・タックルされて・スクラム・ラック（亀ラック・ジャッカル・ランディング・その他）・モール・衝突・その他（＿＿＿＿＿＿）

〔7〕試合：前半・後半＿＿分発生　　練習：開始＿＿分発生
〔8〕ビデオ　　有 ・ 無
〔9〕マッチドクター　　有 ・ 無
〔10〕グラウンド近くに救急支援病院　　有 ・ 無
〔11〕受傷時の状況

5. 受傷時の処置
〔1〕現場での医師の有・無：　有 ・ 無　　医師名
〔2〕応急処置の内容
〔3〕ドクターの有無に関わらず応急処置できる道具[担架・シーネ(添え木)・ネックカラー・救急箱]がそろっていたか

6. 受傷後の経過

7. 病院名　　医師名
病院所在地 〒　　☎

8. 報告者所感　報告者氏名：　　㊞　　☎
報告者住所 〒

［注］1. この報告書は事故発生後、3日以内に報告すること。不明の点は後日判明次第報告のこと。
2. 死亡以外の重傷障害については、第一回目の報告後、2ヶ月後にその後の病状を報告のこと。（添付様式(2)）に記載ご報告ください。）
3. この報告書は、都道府県ラグビー協会に提出すること。
4. この報告書は一部をコピーして報告者も保管しておいてください。
5. 2の〔1〕分類⑥の欄(※)は、緊急手術を要する傷害、長期入院を要する傷害等、重傷と思われる傷害をさす。

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

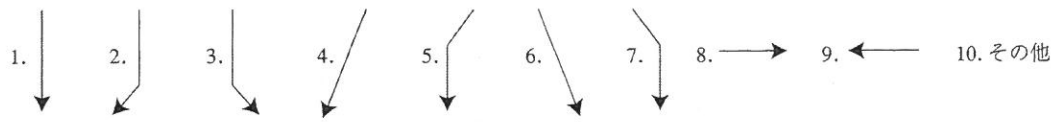
G．タックルを受けたプレヤーの結果

□ 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

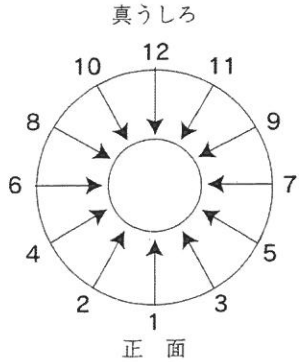
H．タックルに行ったプレヤー、またはタックルされたプレヤーのタックル後の結果

□ 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

□□ 

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	

所属協会 安全対策委員会 委員長 ㊞	三地域協会 安全対策委員会 委員長 ㊞	日本協会 安全対策委員会 委員長 ㊞

重症傷害経過報告書〔1・2・6ヶ月後〕（様式(2)）

西暦　　年　　月　　日

公益財団法人
日本ラグビーフットボール協会　殿

都道府県協会名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
チーム名称＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
チーム責任者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

記

1. 受傷者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

2. 受傷時の病名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

3. 確定診断名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

〔1〕頭蓋・頭蓋内損傷：（イ）頭蓋骨骨折　（ロ）硬膜外血腫　（ハ）急性硬膜下血腫　（ニ）脳挫傷
（ホ）脳内出血　（ヘ）その他（　　）

〔2〕脊髄損傷

部位：C_1　C_2　C_3　C_4　C_5　C_6　C_7　C_8　その他＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

脱臼：有・無　　骨折：有・無

4. 治　療

1.＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　2.＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

5. 現在の状態

〔1〕意識

(1)　目　　：（イ）自然に開けている　　（ロ）呼びかけてあるいは刺激で開ける
（ハ）閉じたままで開けない

(2) 痛み刺激：（イ）刺激にはらいのける　　（ロ）刺激に顔をしかめる
（ハ）刺激にまったく反応しない

(3) 手足反応：（イ）命令にて上手に動かす　（ロ）命令にて上手に動かせない
（ハ）命令にてまったく動かさない

(4) 会　　話：（イ）普通にできる　　（ロ）普通にできない
（ハ）まったくできない

〔2〕麻痺の状態

有・無　どちらかを選んで有の場合以下の選択項目に○印を付けてください

［　右上肢、　左上肢、　右下肢、　左下肢　］に麻痺あり。

［　右手、　左手　］で食事ができる。

腕を肩の高さまで挙げることが［　できる、　できない　］

背もたれで座位になることが［　できる、　できない　］

車椅子にのることが［　できる、　できない　］

装具を用いたり、松葉杖で歩くことが［　できる、　できない　］

装具や松葉杖なしで歩行は［　安定している、　安定していない　］

〔3〕排尿・排便の状態

自然排尿が［　できる、　できない　］

自然排便が［　できる、　できない　］

〔4〕呼吸の状態

気管切開［　有・無　］

人工呼吸器を［　つけている、　つけていない　］

自然に呼吸しているが、酸素吸入を［　している、　していない　］

6. 前回報告より現在までの経過

報告者氏名　　㊞

住所 〒　　☎

(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