

# 脳振盪／脳振盪の疑い報告書

報告日

報告者氏名		
<input type="checkbox"/> チーム責任者	<input type="checkbox"/> 担当レフリー	<input type="checkbox"/> マッチドクター
<input type="checkbox"/> その他	( )	
緊急連絡先		

## 1. 受 傷 者

チーム名			
氏 名	年 齢	生年月日	ポジション
	才		

## 2. 受傷時の状況

発生日	時 刻							
場 所	グラウンド コンディション	<input type="checkbox"/> 芝	<input type="checkbox"/> 土	<input type="checkbox"/> 人工芝				
		<input type="checkbox"/> 硬い	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 柔らかい				
受傷時の状況								
<input type="checkbox"/> タックをした					<input type="checkbox"/> タックルをされた	<input type="checkbox"/> スクラム	<input type="checkbox"/> モール	<input type="checkbox"/> ラック
その他、特記事項								

## 3. 受傷時の処置

緊急処置の内容	
医師または病院名	
病 院	医 師

は、該当するものに、○をつけてください。

平成23年11月5日JRFU改正／平成24年5月10日ORFU仕様