脳振盪／脳振盪の疑い報告書

報告日　　年　　月　　日

報告者氏名	
A チーム責任者　　B 担当レフリー　　C マッチドクター その他　（　　）	
緊急連絡先	

1. 受 傷 者

チーム名			
氏名	年令 才	生年月日 年　月　日	ポジション

2. 受傷時の状況

発生日　　年　　月　　日	時刻 □AM □PM　：	
場　所	グラウンド コンディション	芝　　土　　人工芝 硬い　　普通　　柔らかい

受傷時の状況に○

□タックルをした　□タックルをされた　□スクラム　□モール　□ラック

その他、特記事項

3. 受傷時の処置

応急処置の内容
医師または病院名

平成 23 年 11 月 5 日改正