

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

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

印

記

1. 受傷者

- [1] 氏名 _____ [2] 年齢 _____ 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 〒 _____ Tel _____
- [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(該当する項目に○印を付けてください)
- ①頭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背髄損傷 _____ 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] 四肢の麻痺について：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 _____ °C 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・柔らかい
- [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 〒 _____ TEL _____

8. 報告者所感 報告者氏名： _____ (印) TEL _____

 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. 死亡以外の重症傷害については、第一回目の報告後、1・2・6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、重症と思われる傷害をさす。

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

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

印

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： C1 C2 C3 C4 C5 C6 C7 C8 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さない
(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。

腕が肩の高さまで上げることが [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 : _____ (印)

報告者住所 〒 _____ TEL _____