

脳振盪／脳振盪の疑い報告書

報告日	年	月	日
-----	---	---	---

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

受傷者

氏名	生年月日	年	月	日	年齢	歳
性別 ()男・()女	チーム名					ポジション
カテゴリー ()スクール ()中学生 ()高校生 ()高専生 ()大学生 ()社会人(含むトップリーグ) ()クラブ	学年	年				

受傷時の状況

発生日	年	月	日	場所	試合中・練習中	15人制・7人制
受傷時のプレー ()タックルをした ()タックルをされた ()ラック・モール ()不意の衝突 ()スクラム ()不明 その他、特記事項()						
衝突した対象 ()相手選手 ()味方選手 ()地面 ()不明 ()その他【 】						
グラウンドコンディション ()芝 ()土 ()人工芝 / ()固い ()普通 ()柔らかい						

脳振盪の症状

()意識消失 ()けいれん発作 ()バランスが悪い ()立ち上がれない ()混乱している ()見当識がない(場所や時間が分からなくなる) ()ぼーっとしている、表情が乏しい ()吐き気 ()行動が変わった(感情的になる、いらだつ) ()健忘(思い出せない) ()頭痛 ()頸部痛 ()頸部圧迫感 ()霧の中にいる感じ ()物がかすんでみえる ()マドックの質問に答えられなかった ()その他【 】	
症状を確認した人 氏名	()チーム関係者 ()レフリー ()ドクター ()トレーナー

受傷時の処置

(応急処置の内容を書き入れる) (分かる範囲で記入して下さい)

過去に受けた脳振盪の回数	回	最近はいつですか