

医師の方へのお願い

「脳振盪／脳振盪の疑い」医師管理下でない段階的競技復帰のための証明書

(高専生、高校生、中学生以下を除く)の記載について

(公財)日本ラグビーフットボール協会では、「脳振盪」あるいは「脳振盪の疑い」と判断された競技者は、段階的に運動や練習の度をあげてリハビリを行ってから競技に復帰することとしています。リハビリが医師管理下でない場合は、リハビリ期間は21日間以上とすることになっています。

この証明書は、「脳振盪」あるいは「脳振盪の疑い」と判断された競技者が段階的なりハビリの最終段階としてのフルコンタクト練習（ぶつかり合う、通常の練習）をする前に、「脳振盪」の症状が残存していないことを確認していただくための書類です。

以下の事項を、受診した日の状態で確認してください。

- 受診日が「脳振盪」あるいは「脳振盪の疑い」の受傷日（1日目）から20日目以降であること。
- 受診日に「脳振盪」の症状（下記参照）がないこと。
- 受傷日に高専生、高校生、中学生以下でないこと

「脳振盪」の症状

- 頭痛 頸部圧迫感 頸部痛 吐き気、嘔吐 めまい
- ものが霞んで見える バランスが悪い 光に過敏 音に敏感
- すばやく動けない感じ 霧の中にいる感じ 気分が良くない
- 集中力がない 思い出せない 疲れている 混乱している
- 眠くなりやすい 寝付きが悪い いつもより感情的
- 怒りやすい 悲しい 神経質、不安感がある

(SCAT 2より)

(公財)日本ラグビーフットボール協会
安全対策委員会
平成26年6月1日

「脳振盪／脳振盪の疑い」

医師管理下でない段階的競技復帰のための証明書

(高専生、高校生、中学生以下を除く)

都道府県ラグビー協会 御中

競技者氏名

生年月日 年 月 日

チーム名

ポジション

受傷日 年 月 日 (本人申告、あるいは記録で確認)

- 本日が「脳振盪」あるいは「脳振盪の疑い」の受傷日(1日目)から20日目以降であることを確認しました。
- 上記の者は、フルコンタクト前の本日の診察で脳振盪の症状がみられませんでした。
- 上記の者は、受傷日時点で高専生、高校生、あるいは中学生以下でないことを確認しました。

年 月 日

医師氏名

印

住所

(競技者記入)

- 私は、受傷日から14日間はスポーツ活動を一切行いませんでした。
- その後、段階的競技復帰を実施しました。
- 現在は脳振盪の症状はないため、フルコンタクトの練習に参加することに同意します。

年 月 日 (受傷日より第 日目)

競技者氏名

印

住所

競技者が未成年者の場合は

保護者氏名

印

住所

(平成26年6月1日様式改定)