「脳損傷、硬膜下血腫」受傷後の競技復帰の同意書（担当医師）

　　　　　　　　　ラグビーフットボール協会　御中

ﾌﾘｶﾞﾅ

競技者氏名

生年月日　 西暦　　　　　　年　　　月　　　日

チーム名

頭部外傷病名

受傷日　 　　 西暦　　　　　 年　　　月　　　日

治療開始日　　西暦　　　　 　年　　　月　　　日

治療終了日　　西暦　　　　 　年　　　月　　　日

（医師記入）※□にレ点を入れてください

* 本申請者は、上記頭部外傷後に、加療・経過観察期間を経て、複数回のCT/MRI検査を実施したのち、神経障害の所見及び症状が消失していることから、コンタクトを含むラグビーの競技復帰に問題がないと判断します。

西暦　　　　　　　年　　　　月　　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　病院名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 病院住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当医師名　　　　　　　　　　　　　　　　印

脳神経外科専門番号

(2022年8月5日様式)