

脳震盪 / 脳震盪の疑い報告書

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	年齢 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 <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> 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○ <input type="checkbox"/> タックルをした <input type="checkbox"/> タックルをされた <input type="checkbox"/> スクラム <input type="checkbox"/> モール <input type="checkbox"/> 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