

受付 番号			

傷害報告書 1

(見舞金請求書)

チーム 代表者	住所	〒			提出日			年	月	日
	氏名	印 TEL			都道府県協会	三地域協会	日本協会			
送金先	金融機関	支店名			受付日	受付日	受付日			
	口座名	普通 当座	口座番号							
	(フリガナ) 口座名義	TEL			協会					

団体登録番号	<input type="text"/>	団体名				
JRFU共通個人ID	(ふりがな) 氏名	()	年 齢	<input type="text"/>	<input type="text"/>	歳

傷害内容 または傷病名																																						
傷害発生年月日	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	<input type="text"/>	日	傷害発生時刻	<input type="text"/>	<input type="text"/>	時頃																							
傷害発生状況	<input type="checkbox"/>	1. 試合	<input type="checkbox"/>	2. 練習試合	<input type="checkbox"/>	3. 練習	<input type="checkbox"/>	4. その他	受傷時の 試合時刻	<input type="checkbox"/>	1. 前半	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	分頃	受傷 機転	<input type="checkbox"/>	1. スクラム	<input type="checkbox"/>	2. タックルして	<input type="checkbox"/>	3. タックルされて	<input type="checkbox"/>	4. ラック	<input type="checkbox"/>	5. モール	<input type="checkbox"/>	6. その他()											
(その時の状況を具体的に)書ききれない場合には、裏面に記入して下さい。																																						
(例) 左にパスをしようとしたところ右前方より右大腿部にタックルされ、倒れた上を乗りかかられた時に右膝を負傷した。																																						
試合名												対戦 チーム名												<input type="checkbox"/>	1. 公式	<input type="checkbox"/>	2. 非公式											
マウスガード	<input type="checkbox"/>	1. 装着	<input type="checkbox"/>	2. 非装着	コンタクトレンズ	<input type="checkbox"/>	1. 装着	<input type="checkbox"/>	2. 非装着	ヘッドギア	<input type="checkbox"/>	1. 装着	<input type="checkbox"/>	2. 非装着																								
受傷時の ポジション	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. 左プロップ	2. フッカー	3. 右プロップ	4. 左ロック	5. 右ロック	6. 左フランカー	7. 右フランカー	8. NO8	9. スクラムハーフ	10. スタンドオフ	11. 左ウイング	12. 左センター	13. 右センター	14. 右ウイング	15. フルバック	16. 未定																				
天候	<input type="checkbox"/>	1. 晴れ	<input type="checkbox"/>	2. 曇り	<input type="checkbox"/>	3. 雨	<input type="checkbox"/>	4. 雪	日没前 の状態	<input type="checkbox"/>	1. 芝	<input type="checkbox"/>	2. 土	<input type="checkbox"/>	3. その他	照明	<input type="checkbox"/>	1. 有り	<input type="checkbox"/>	2. 無し	気温	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	湿度	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	℃									
レフリー	<input type="checkbox"/>	1. 在	<input type="checkbox"/>	2. 不在	資格	<input type="checkbox"/>	1. 有り	<input type="checkbox"/>	2. 無し	氏名												ドクター	<input type="checkbox"/>	1. 在	<input type="checkbox"/>	2. 不在	氏名											
傷害時 処置	<input type="checkbox"/>	1. レフリー	<input type="checkbox"/>	2. 監督・コーチ・指導責任者	<input type="checkbox"/>	3. 医師	<input type="checkbox"/>	4. その他()	処置の 内容																													
体 重	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	kg	身 長	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	cm	胸 囲	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	cm	腹 囲	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	cm	頸 囲	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	cm	座 高	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	cm									
既往症	脳しんとう	頭蓋内損傷	頭部(蓋)損傷	腹部損傷	四肢骨折	膝関節損傷	日射病	高血圧	心臓疾患	糖尿病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									

審査年月日	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	<input type="text"/>	日	期限切れ	<input type="text"/>	①	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	級	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	千円
診断結果	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	②	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
														③	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	予備1予備2