

JRFU傷害報告ガイド (含. 重症傷害・脳振盪)

2021年5月
日本ラグビー協会
安全対策委員会



この資料について

- 傷害発生時の現場から日本ラグビー協会への報告の流れを解説します。
- 各チームにおいては、これに従ってできる限り素早く、正確に情報を共有してください。
- 報告された傷害にかかる状況を把握、検討することによって再発防止を図ります。

➤ ラグビー関係者全員が情報を共有し、安全対策を周知徹底することにより再発防止を図ることが重要です



傷害報告が必要な3つのケース

傷害報告が必要なケースには以下の3つのケースがあります。

1. 脳振盪あるいは脳振盪の疑いによる退場

2. 重症傷害

- ✓ 死亡
- ✓ 24時間以上の意識喪失
- ✓ 四肢のマヒを伴う脊髄損傷
- ✓ 開頭あるいは脊椎にかかる手術を要した傷害
- ✓ 胸部あるいは腹部の臓器にかかる手術を要した傷害
- ✓ 診断書により重症と考えられる傷害

3. 傷害見舞金制度の対象となる傷害

- ✓ 登録者見舞金制度 給付表をご参照ください。

✓ 上記の3つのケースはそれぞれ提出先や報告書が異なりますので、お手数ですが、重なった場合には個別にご提出をお願いします。

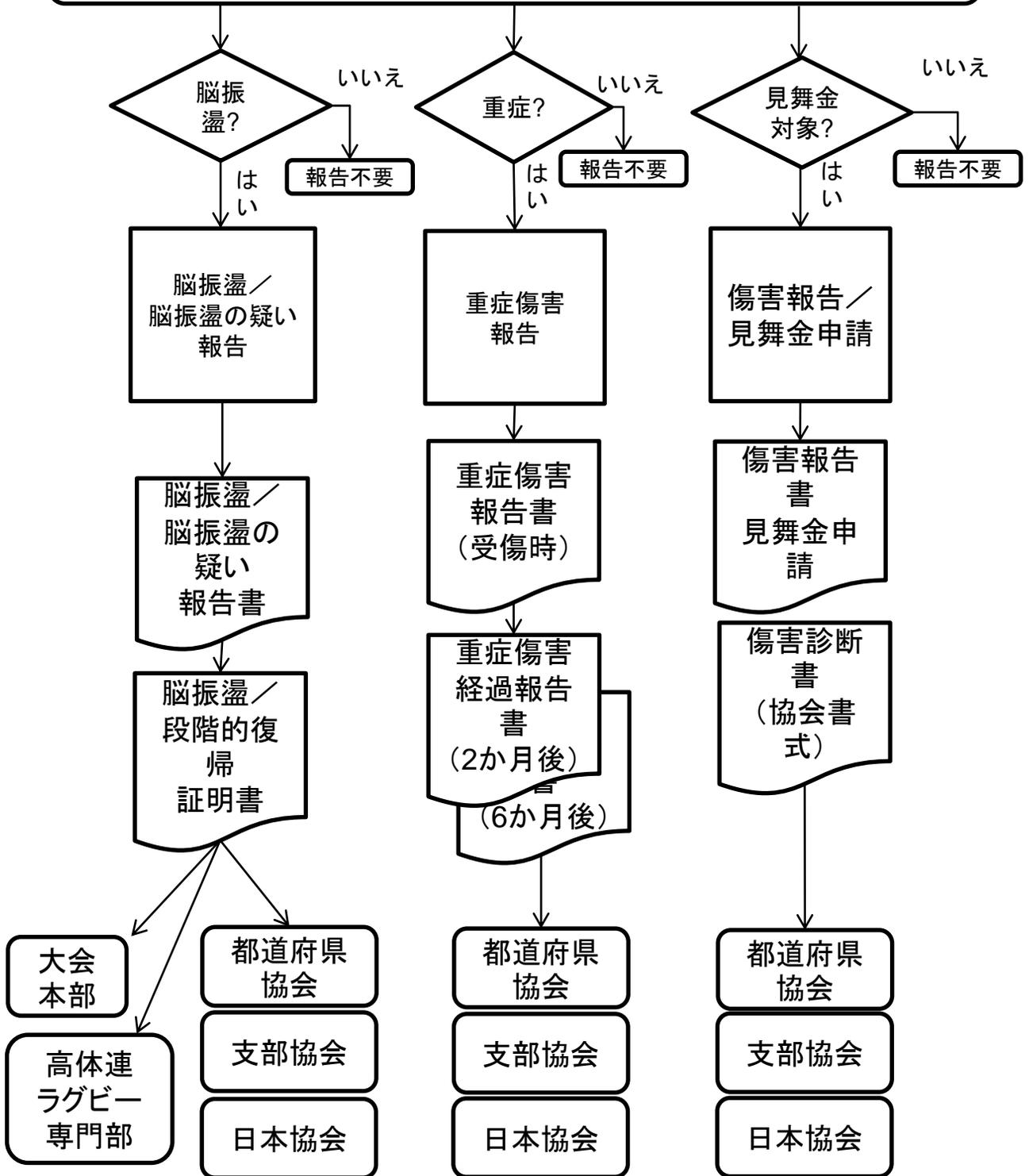
- 各種報告書は協会ホームページよりダウンロードしてご利用ください。 [各種報告書はこちら](#)



傷害発生時の報告フロー（全体）

傷害事故発生

*詳細は、p5～p.10を確認のこと

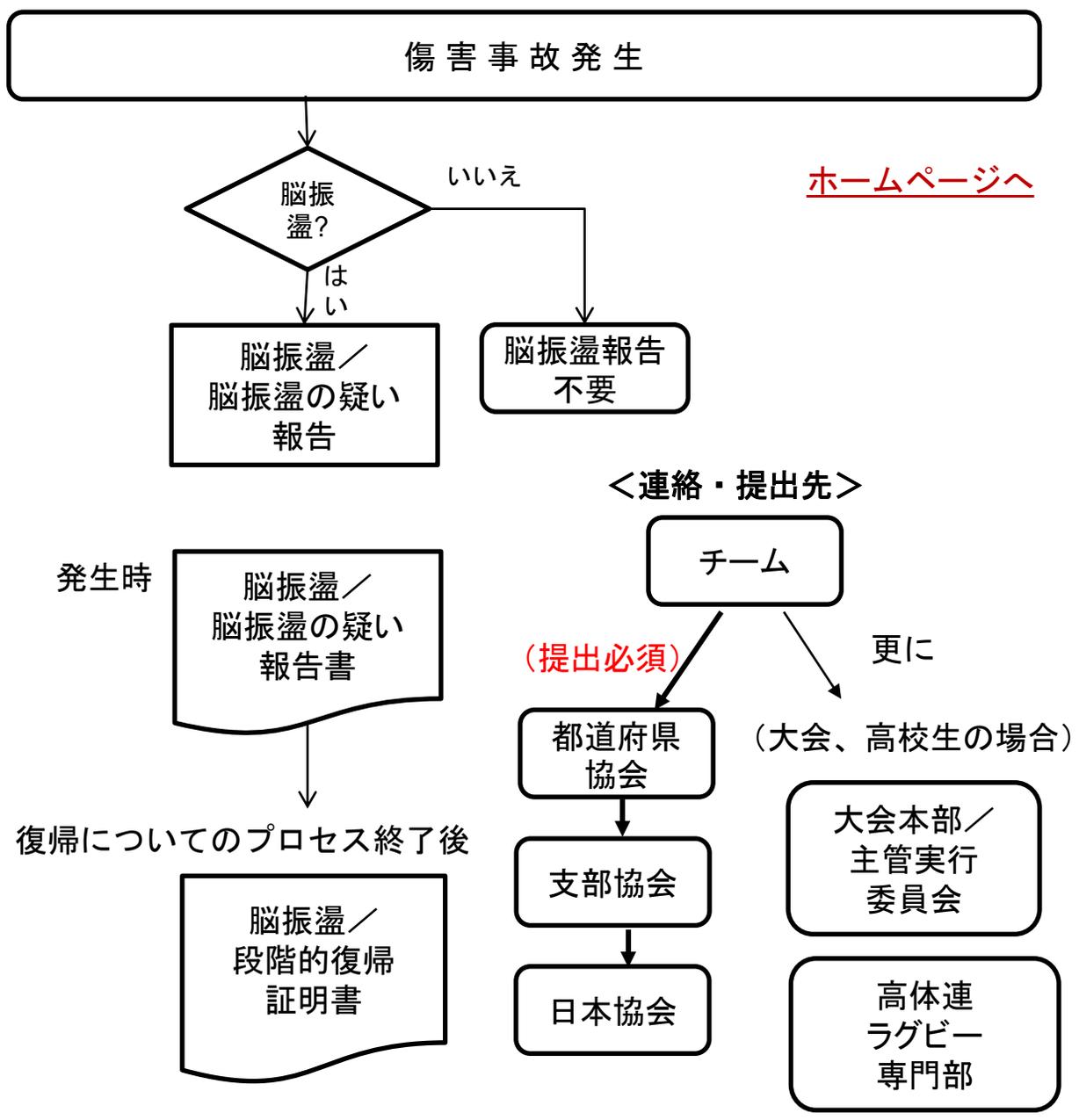


1. 脳振盪あるいは脳振盪の疑い

- 詳しくは脳振盪ガイドライン2014年版を参照ください [ガイドラインはこちら](#)
- 報告義務者
 - チーム責任者
 - 担当**レフリー**
 - マッチドクター
- 報告書提出先
 - **(提出必須)** 都道府県協会→各支部協会→日本協会
(大会の場合) 大会本部または主管実行委員会
(高校生) 都道府県高体連ラグビー専門部
- 報告の時期
 - 遅滞なく
- 報告書フォーマット
 - [脳振盪／脳振盪の疑い報告書](#)
 - 脳振盪／段階的復帰証明書
 - [医師管理下の場合](#)
 - [医師管理下でない場合](#)
 - [高校生、高専生の場合](#)
 - [中学生以下の場合](#)



脳振盪／脳振盪の疑いの報告・申請手続



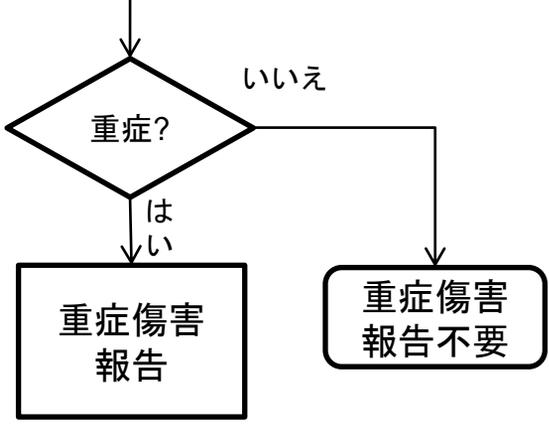
2. 重症傷害報告書

- 詳細は日本ラグビーフットボール協会HP参照のこと
 - [詳しくはこちら](#)
 - [傷害発生時の事務手続](#)
- 報告義務者
 - チーム責任者
- 報告書提出先
 - 各都道府県協会
- 報告の時期
 - ただちに電話連絡
 - 発生後3日以内……重症傷害報告書
(不明事項は後日速やかに補足)
 - 発生後2ヶ月時点、6ヶ月時点…経過報告書
(死亡の場合を除く)
- 報告書フォーマット
 - [重症傷害報告書（受傷時）](#)
 - [重症傷害経過報告書（2か月後、6か月後）](#)
- * 死亡に至った場合には、「死亡診断書」または「死体検案書」を添付する。



重症傷害発生時の 報告・申請手続

傷害事故発生



[ホームページへ](#)

重症傷害

- ✓ 死亡
- ✓ 24時間以上の意識喪失
- ✓ 四肢のマヒを伴う脊髄損傷
- ✓ 開頭あるいは脊椎にかかる手術を要した傷害
- ✓ 胸部あるいは腹部の臓器にかかる手術を要した傷害
- ✓ 診断書により重症と考えられる傷害

① ただちに電話で連絡

② 発生後3日以内
不明事項は、後日判明次第報告

重症傷害
報告書
(受傷時)
様式(1)

③ 発生から2ヶ月後

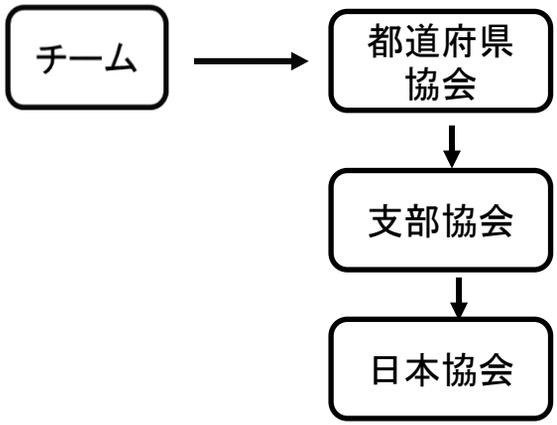
重症傷害
経過報告
書様式(2)
(2か月後)
書
(6か月後)

④ 6ヶ月後

手術の経過、症状、その他の経過等を報告。
それ以降も症状が改善されない場合は1年毎に報告。

* 死亡に至った場合には、「死亡診断書」または「死体検案書」を添付する。

<連絡・提出先>



3. 傷害報告書・見舞金請求書

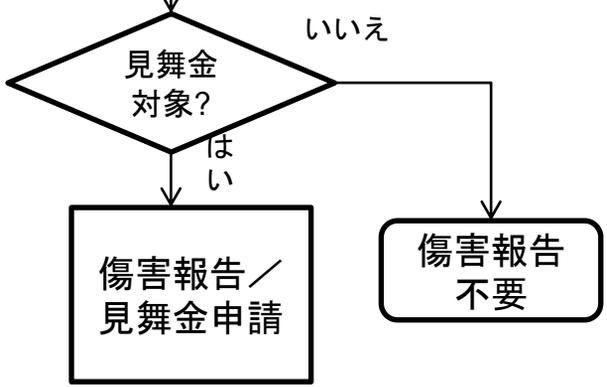
- 傷害見舞金制度による
 - [実施要綱](#)
 - [傷害見舞金給付表](#)
- 報告義務者
 - チーム責任者
- 報告先
 - 各都道府県協会→支部協会→日本協会
- 報告の時期
 - 傷害発生後30日以内.....傷害報告書
 - 傷害発生後6ヶ月以内.....傷害診断書
- 報告書フォーマット
 - [傷害報告書 1・見舞金請求書](#)
 - [傷害報告書 2](#)
 - [傷害診断書](#)



見舞金対象傷害発生時の 報告・申請手続

傷害事故発生

ホームページへ



見舞金対象

- ✓ 頭部損傷
- ✓ 脊椎損傷
- ✓ 脊髄損傷
- ✓ 眼の損傷
- ✓ 歯の損傷
- ✓ 骨折
- ✓ 手術
- ✓ 内臓損傷
- ✓ 一定期間以上の入院療養
- ✓ 靭帯切断
- ✓ 死亡

詳細は実施要項及び見舞金給付表をご確認ください。

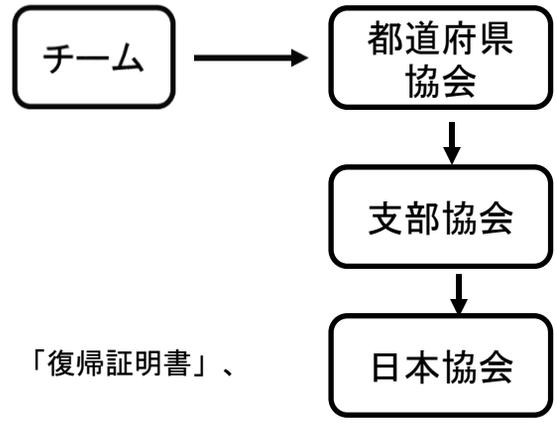
① 傷害発生日から30日以内

傷害報告書兼
見舞金申請書
1・2

② 確定診断後速やかに提出、
6か月以内
医師・歯科医師による診断書

傷害診断書
(協会書式)

<連絡・提出先>



※ 脳振盪の見舞金請求には「脳振盪報告書」、「復帰証明書」、CT/MRI検査も必要



【サンプル】申請時は協会ホームページよりダウンロードして利用ください。

【脳振盪／脳振盪の疑い報告書】 [ホームページへ](#)

脳振盪／脳振盪の疑い報告書

報告日 西暦 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

受傷者 (選択肢があるものには✓をつける)

フリガナ 氏名	生年月日	西暦	年	月	日	年齢	歳
性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	チーム名		<input type="checkbox"/> 15人制	<input type="checkbox"/> 7人制	<input type="checkbox"/> その他 ()	ポジション	
カテゴリー	<input type="checkbox"/> スクール	<input type="checkbox"/> 中学生	<input type="checkbox"/> 高校生	<input type="checkbox"/> 高専生	<input type="checkbox"/> 大学生	<input type="checkbox"/> 社会人(含むトップリーグ)	<input type="checkbox"/> クラブ <input type="checkbox"/> 女子 <input type="checkbox"/> その他 ()
所属都道府県協会	協会						

受傷の状況(選択肢があるものには✓をつける)

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

脳振盪の症状 (当てはまる症状に✓をつける。複数回答可)

<input type="checkbox"/> A 意識消失 <input type="checkbox"/> B けいれん発作 <input type="checkbox"/> C バランスが悪い <input type="checkbox"/> D 立ち上がれない <input type="checkbox"/> E 混乱している <input type="checkbox"/> F 見当識がない(場所や時間がわからなくなる) <input type="checkbox"/> G ぼーっとしている、表情が乏しい <input type="checkbox"/> H 吐き気 <input type="checkbox"/> I 行動が変わった(感情的になる、いらだつ) <input type="checkbox"/> J 健忘(思い出せない) <input type="checkbox"/> K 頭痛 <input type="checkbox"/> L 頸部痛 <input type="checkbox"/> M 頸部圧迫感 <input type="checkbox"/> N 霧の中にいる感じ <input type="checkbox"/> O ものがかすんで見える <input type="checkbox"/> P マドックの質問に答えられなかった <input type="checkbox"/> Q その他()
--

症状を確認した人(名前) 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)

過去に受けた脳振盪の回数 最近はいつですか (わかる範囲で記入してください)

この報告書は個人非特定のもと日本ラグビーフットボール協会の安全対策のための資料として使用されます。

2021年5月31日改定



[ホームページへ](#)

「脳振盪／脳振盪の疑い」

医師管理下の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

フリガナ
競技者氏名生年月日 西暦 年 月 日
チーム名
ポジション

受傷日 西暦 年 月 日

 上記の者は、段階的競技復帰の下記ステージを私の管理のもとで実施しました。

段階的競技復帰の記録

- ・ステージ1 (24時間以上) 年 月 日 ～ 年 月 日
- ・ステージ2 (24時間以上) 年 月 日 ～ 年 月 日
- ・ステージ3 (24時間以上) 年 月 日 ～ 年 月 日
- ・ステージ4 (24時間以上) 年 月 日 ～ 年 月 日

 ステージ4終了後で、フルコンタクト練習の前の本日の診察において、脳振盪の症状と所見がないことを確認しました。

西暦 年 月 日 (受傷日より第 日目)

医師氏名 印
住所

(競技者記入)

 私は、上記の段階的競技復帰を上記医師の管理下で実施し、現在は脳振盪の症状はないため、フルコンタクト練習に参加することに同意します。

西暦 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の場合は
保護者氏名 印
住所

(2021年5月31日様式改定)





ホームページへ

「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

フリガナ
競技者氏名

生年月日 西暦 年 月 日
チーム名
ポジション

受傷日 西暦 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上記の本日の診察で、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。

西暦 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。

西暦 年 月 日 (受傷日より第 日目)

競技者氏名 印
住所

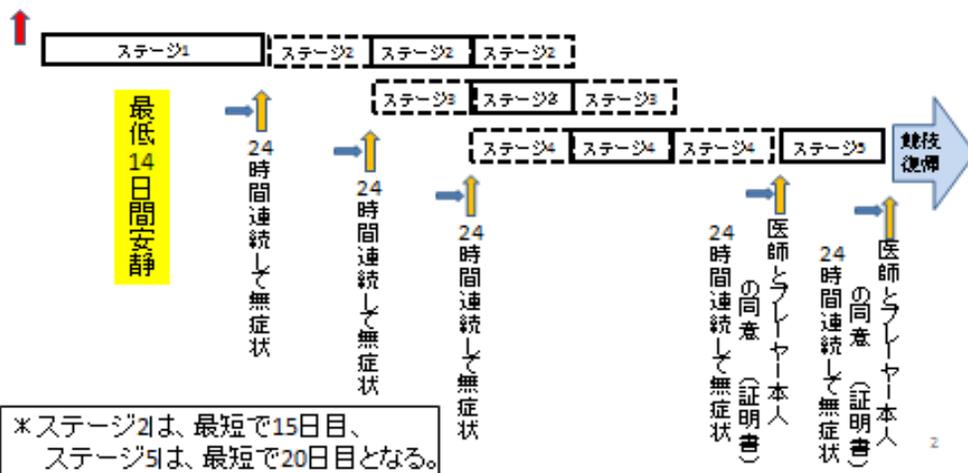
競技者が未成年の場合は
保護者氏名 印
住所

(2021 年 5 月 31 日様式改定)



段階的競技復帰 「プレーヤーが高校生、ならびに高専生の場合」の最短のケース

day1		day14	day15	day16	day17	day18	day19	day20	day21
日		土	日	月	火	水	木	金	土



(公財) 日本ラグビーフットボール協会
安全対策委員会
2014年6月1日





【サンプル】申請時は協会ホームページよりダウンロードして利用ください。



ホームページへ

「脳振盪／脳振盪の疑い」段階的競技復帰のための証明書

競技者が高校生あるいは高専生の場合

都道府県ラグビー協会 御中

フリガナ
競技者氏名
生年月日 西暦 年 月 日
チーム名
ポジション

受傷日 西暦 年 月 日 (本人申告、あるいは記録で確認)

① フルコンタクト前の診察

- 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は脳振盪の症状がみられませんでした。

西暦 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。

西暦 年 月 日 (受傷日より第 日目)

競技者氏名 印
住所

保護者氏名 印
住所

② フルコンタクト後(競技復帰前)の診察

- 本日が①の 24 時間以降であり、①の診察以降にフルコンタクトの練習に参加したことを本人に確認しました。
- 上記の者は、コンタクト後の本日の診察では脳振盪の症状がみられませんでした。

西暦 年 月 日

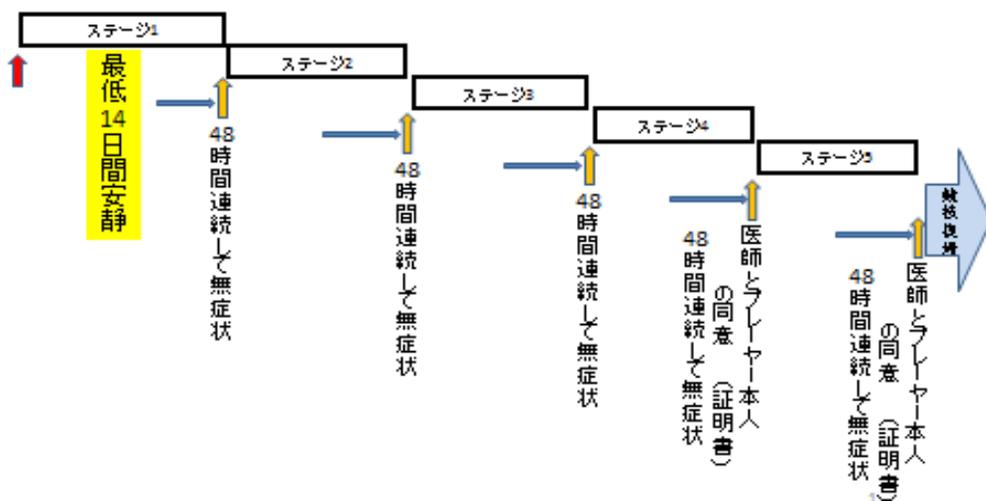
医師氏名 印
住所

(2021 年 5 月 31 日様式改定)



段階的競技復帰
「プレイヤーが中学生以下の場合」の最短のケース

day1		day14	day15	day16	day17	day18	day19	day20	day21	day22	day23
日		土	日	月	火	水	木	金	土	日	月



(公財) 日本ラグビーフットボール協会
安全対策委員会
2014年6月1日



ホームページへ

「脳振盪／脳振盪の疑い」段階的競技復帰のための証明書
競技者が中学生以下の場合

_____ 都道府県ラグビー協会 御中

フリガナ
競技者氏名
生年月日 西暦 年 月 日
チーム名
ポジション

受傷日 西暦 年 月 日 (本人申告、あるいは記録で確認)

① フルコンタクト前の診察

- 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 21 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は脳振盪の症状がみられませんでした。

西暦 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。

西暦 年 月 日 (受傷日より第 日目)

競技者氏名 印
住所

保護者氏名 印
住所

② フルコンタクト後(競技復帰前)の診察

- 本日が①の 48 時間以降であり、①の診察以降にフルコンタクトの練習に参加したことを本人に確認しました。
- 上記の者は、コンタクト後の本日の診察では脳振盪の症状がみられませんでした。

西暦 年 月 日

医師氏名 印
住所

(2021 年 5 月 31 日様式改定)





【サンプル】申請時は協会ホームページよりダウンロードして利用ください。

【重症傷害報告書】

[ホームページへ](#)

所属都道府県協会 安全対策委員会 委員長	三支部協会 安全対策委員会 委員長	日本協会 安全対策委員会 委員長
----------------------------	-------------------------	------------------------

重症傷害報告書〔受傷時〕（様式(1)）

西暦 年 月 日

公益財団法人

日本ラグビーフットボール協会 殿

都道府県協会名 _____

チーム名称 _____

チーム責任者氏名 _____ 印

記

1. 受 傷 者

フリガナ

- 〔1〕氏 名 _____ 〔2〕年齢 _____ 歳 〔3〕性別 _____
- 〔4〕生年月日 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日
- 〔5〕所 属(学校名・会社名・クラブ名・その他) _____
- 〔6〕現住所 〒 _____ 番
- 〔7〕ポジション No. _____ 〔8〕ラグビー経験年数 _____ 年

2. 受傷時の病名

- 〔1〕分 類(該当する番号に○印を付けてください)
 - 1 頭蓋骨骨折の有無に関係なく24時間以上の意識喪失を伴う障害
 - 2 四肢の麻痺の伴う脊髄損傷 3 死亡 4 開頭および脊椎の手術を要したもの
 - 5 胸・腹部臓器で手術を要したもの 6 1~5のほか診断書で重症と思われるもの(注5)
- 〔2〕手術の有無 _____ 有・無・未定 _____ 手術名 _____

3. 受傷時の症状

- 〔1〕意識喪失の有無について： 有・無
有に○をつけた場合、その意識喪失の期間： _____ 時間、または _____ 日
- 〔2〕四肢麻痺について： 有・無
有に○をつけた場合、その部位： _____ 右上肢・左上肢・右下肢・左下肢
- 〔3〕その他(臓器損傷・循環器傷害など)

4. 受傷時の状況

- 〔1〕発生日 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 分ごろ
- 〔2〕場 所 _____
- 〔3〕天 候 _____ 晴れ・曇り・雨・雪
- 〔4〕グラウンドコンディション _____ 芝・土・人工芝



ホームページへ

所属都道府県協会 安全対策委員会 委員長 ⑩	三支部協会 安全対策委員会 委員長 ⑩	日本協会 安全対策委員会 委員長 ⑩
-------------------------------------	----------------------------------	---------------------------------

重症傷害経過報告書〔2・6ヶ月後〕(様式(2))

西暦 年 月 日

公益財団法人
日本ラグビーフットボール協会 殿

都道府県協会名 _____
 チーム名称 _____
 チーム責任者氏名 _____ ⑩

記

ワカナ

1. 受傷者氏名 _____
2. 受傷時の病名 _____
3. 確定診断名 _____
 〔1〕 頭蓋・頭蓋内損傷：(イ)頭蓋骨骨折 (ロ)硬膜外血腫 (ハ)急性硬膜下血腫 (ニ)脳挫傷
 (ホ)脳内出血 (ヘ)その他(_____)
 〔2〕 脊髄損傷
 部位： C₁ C₂ C₃ C₄ C₅ C₆ C₇ C₈ _____ その他 _____
 脱臼： 有・無 _____ 骨折： 有・無 _____
4. 治療
 1. _____ 2. _____

5. 現在の状態

- 〔1〕 意識
- (1) 目 : (イ)自然に開けている (ロ)呼びかけてあるいは刺激で開ける
(ハ)閉じたままで開けない
 - (2) 痛み刺激：(イ)刺激にはらいのける (ロ)刺激に顔をしかめる
(ハ)刺激にまったく反応しない
 - (3) 手足反応：(イ)命令にて上手に動かす (ロ)命令にて上手に動かさない
(ハ)命令にてまったく動かさない
 - (4) 会 話：(イ)普通にできる (ロ)普通にできない
(ハ)まったくできない



【サンプル】申請時は協会ホームページよりダウンロードして利用ください。

〔2〕麻痺の状態

有・無 どちらかを選んで「有」の場合、以下の選択項目に○印を付けてください。

[右上肢、 左上肢、 右下肢、 左下肢] に麻痺あり。

[右手、 左手] で食事ができる。

腕を肩の高さまで挙げるのが [できる、 できない]

背もたれで座位になることが [できる、 できない]

車椅子に乗ることが [できる、 できない]

装具を用いたり、松葉杖で歩くことが [できる、 できない]

装具や松葉杖なしで歩行は [安定している、 安定していない]

〔3〕排尿・排便の状態

自然排尿が [できる、 できない]

自然排便が [できる、 できない]

〔4〕呼吸の状態

気管切開 [有・無]

人口呼吸器を [つけている、 つけていない]

自然に呼吸しているが、酸素吸入を [している、 していない]

6. 前回報告より現在までの経過

報告者氏名 _____ (印)

住所〒 _____ (印)





【サンプル】申請時は協会ホームページよりダウンロードして利用ください。

【登録者傷害見舞金】

ホームページへ

受付番号	
------	--

傷害報告書 1 (見舞金請求書)

※太枠内に記入をしてください。

チーム代表者	住所	〒			提出日 西暦 年 月 日				
	氏名	印 TEL			都道府県協会	三支部協会	日本協会		
送金先	金融機関		支店名		受付日	協会	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							

団体登録番号		団体名	
JRFU 共通個人 ID		(フリガナ) 氏名	() 年齢 歳

傷害内容 または傷病名										
傷害発生年月日	西暦 年 月 日			傷害発生時刻			時 頃			
傷害発生状況	<input type="checkbox"/> 1. 試合 2. 練習試合 3. 練習 4. その他	受傷時の 試合時刻	<input type="checkbox"/> 1. 前半 2. 後半	受傷 機転	<input type="checkbox"/>	1. スクラム 2. タックルして 3. タックルされて 4. ラック 5. モール 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 2. 非公式			
マウスガード	<input type="checkbox"/> 1. 装着(カスタムメイド) 2. 装着(市販品) 3. 非装着	コンタクトレンズ		<input type="checkbox"/> 1. 装着 2. 非装着	ヘッドギア	<input type="checkbox"/> 1. 装着 2. 非装着				
受傷時の ポジション	<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. 左ウィング 12. 左センター 13. 右センター 14. 右ウィング 15. フルバック 16. 未定									
天候	<input type="checkbox"/> 1. 晴れ 2. 曇り 3. 雨 4. 雪	<input type="checkbox"/> 1. 日没前 2. 日没後	グラウンド の状態	<input type="checkbox"/> 1. 芝 2. 土 3. その他	照明	<input type="checkbox"/> 1. 有り 2. 無し	気温 ℃	<input type="text"/>	湿度 %	<input type="text"/>
レフリー	<input type="checkbox"/> 1. 在 2. 不在	資格	<input type="checkbox"/> 1. 有り 2. 無し	氏名	ドクター	<input type="checkbox"/> 1. 在 2. 不在	氏名			
傷害時 処置	<input type="checkbox"/> 1. レフリー 2. 監督・コーチ・指導責任者 3. 医師 4. その他()			処置の 内容						
体重	身長	胸囲	腹囲	頸囲	座高					
<input type="text"/> kg	<input type="text"/> cm	<input type="text"/> cm	<input type="text"/> cm	<input type="text"/> cm	<input type="text"/> cm					
既往歴	脳震盪	頭蓋内損傷	頸部(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="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

審査年月日 ① 級 千円

西暦 年 月 日 1. 期限切れ ② ③ 予備1 予備2

診断結果



【サンプル】申請時は協会ホームページよりダウンロードして利用ください。

ホームページへ

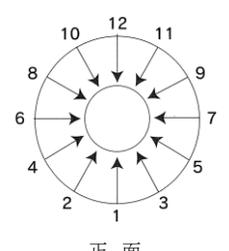
受付 番号	
----------	--

傷害報告書 2

◇受傷機転が、[1. スクラム]の場合は必ず記入してください。

A	受傷したのは	<input type="checkbox"/>	1. 組んだ瞬間 2. 組んだ直後 3. ボールイン時 4. 組んでいる最中	B	ボールの投入	<input type="checkbox"/>	1. 味方ボール 2. 相手ボール
C	組んだ時の タイミング	<input type="checkbox"/>	1. 良い 2. 良くない 3. 悪い	D	スクラムのずれ (コラブシグ)	<input type="checkbox"/>	1. 有り 2. 無し
E	持ち上げ (ホッピング)	<input type="checkbox"/>	1. 有り 2. 無し	F	衝突	<input type="checkbox"/>	1. 本人の頭と相手の頭 2. 本人の頭と相手の肩
G	ボールコントロール	<input type="checkbox"/>	1. できた 2. できなかった	H	押し	<input type="checkbox"/>	1. 押ししていた 2. 押されていた 3. 不動
I	ホイール	<input type="checkbox"/>	1. あった 2. なかった	J	スクラムの形態	<input type="checkbox"/>	1. 1対1 2. 3対3 3. 3対5 4. 5対5 5. 5対6 6. 6対6 7. 8対8 8. その他()

◇受傷機転が、[2. タックルして]または[3. タックルされて]の場合は必ず記入してください。

A. 受傷したのは	B. タックルしたプレーヤーの人数
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. タックルに行って 2. タックルを受けて	1. 1人 2. 同時に2人
C. タックルされたプレーヤーの状態	D. タックラーは身体どの部位でタックルを行ったか
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. 走行中 2. その場 3. 空中	1. 肩 2. 頭 3. 腕 4. 手 5. スマザー 6. その他
E. タックルを受けたプレーヤーはどの部位にタックルを受けたのか	F. タックルを受けた瞬間
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. 膝下部 2. 膝 3. 大腿部 4. 腰部 5. 腹部 6. 背部 7. 胸部 8. 頸部 9. 頭部 10. スマザー	1. ボールを持っていた 2. パスを受けた瞬間 3. パスをした直後
G. タックルを受けたプレーヤーの結果	
<input type="checkbox"/>	
1. 後方に倒れた 2. 前方に倒れた 3. 側方に倒れた 4. 倒れず 5. 振り回された 6. 突きとばされた 7. 投げ飛ばされた	
H. タックルに行ったプレーヤー、またはタックルされたプレーヤーのタックル後の結果	
<input type="checkbox"/>	
1. 頭部が相手の身体の上に乗った 2. 頭部が相手の身体の下になった 3. 相手に当たられとばされた 4. 振り回された 5. 相手を止めただけ 6. 相手に絡まって胴体で倒れた 7. タックルをはずされ地面に倒れた	
I. タックルされる直前のコース	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
1. ↓ 2. ↓ 3. ↓ 4. ↙ 5. ↓ 6. ↘ 7. ↘ 8. → 9. ← 10. その他	
J. タックルに入った方向、またはタックルされた方向	K. タックルに入る瞬間の頭部の高さ
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>真うしろ</p>  <p>正面</p>	1. 上がっていた 2. 下がっていた
	L. タックルに入った時の頭部の位置
	1. 順ヘッド 2. 逆ヘッド 3. 正面
団体名	
傷害者氏名	





【サンプル】申請時は協会ホームページよりダウンロードして利用ください。

ホームページへ

(公財)日本ラグビーフットボール協会 御中

傷 害 診 断 書

西暦 年 月 日 審査

チーム記入欄

チーム登録番号	JRFU 共通個人 ID	チーム名
傷病者氏名	男 女	西暦 年 月 日 生 歳
傷病者住所	〒 () TEL ()	
脳振盪の場合	脳振盪/脳振盪の疑い報告書提出日 年 月 日	復帰証明提出日 年 月 日

医師記入欄 (特に今回の傷病の病状・経過及び治療方法などご記入ください)

1	傷病名	1) 年 月 日 2) 年 月 日 3) 年 月 日	傷病発生年月日	1) 年 月 日 2) 年 月 日 3) 年 月 日
2	初診日	1) 西暦 年 月 日		
3	外来通院期間	1) 年 月 日 から 年 月 日 まで 2) 年 月 日 から 年 月 日 まで		
4	入院期間	1) 年 月 日 から 年 月 日 まで 2) 年 月 日 から 年 月 日 まで		
5	検査	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI その他の検査 _____		
6	治療	<input type="checkbox"/> 保存的治療 <input type="checkbox"/> 手術的治療 (検査・治療ともチェックを入れてください)		
7	手術日	(手術治療を行った場合に記入して下さい) 1) 年 月 日 術式 2) 年 月 日 術式		
8	治療内容			
9	既往症・持病 又は既存の身体障害	(有の場合は、傷病名・障害の内容・罹病期間・治療の内容などをご記入ください) 有 無		
以上の通り証明〔診断〕する。所在地 病院又は 電話番号 西暦 年 月 日 診療所の 名称 医師氏名 (印)				

協会記入欄

見舞金給付表 該当項目	等級 [] - ()	審査決定年月日 年 月 日
都道府県協会 受付日 年 月 日 協会 (印)	三支部協会 受付日 年 月 日	日本協会 受付日 年 月 日



ウェブサイトのURLリスト

- 日本ラグビーフットボール協会 (JRFU) homepage
 - <https://www.rugby-japan.jp/>
- JRFU 安全対策ページ
 - <https://www.jrfuplayerwelfare.com/>
- 申請書類一覧
 - <https://www.rugby-japan.jp/future/documents>
- 傷害への対応（申請書等）
 - <https://www.jrfuplayerwelfare.com/%E9%9A%9C%E5%AE%B3%E3%81%B8%E3%81%AE%E5%AF%BE%E5%BF%9C-%E7%94%B3%E8%AB%8B%E6%9B%B8%E7%AD%89/>
 - <https://www.jrfuplayerwelfare.com/障害への対応-申請書等/>

