

所属協会 安全対策委員会 委員長 Ⓜ	三地域 安全対策委員会 委員長 Ⓜ	日本協会 安全対策委員会 委員長 Ⓜ
-----------------------------	----------------------------	-----------------------------

重症障害報告書〔受傷時〕〈様式(1)〉

西暦 年 月 日

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 _____

記

1. 受 傷 者

〔1〕氏名 _____ 〔2〕年齢 _____ 才 生年月日 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

〔2〕所属(学校・会社・クラブ名・その他) _____ (学年)

〔3〕現住所 〒 _____

〔4〕ポジション No. _____ 〔5〕ラグビー経験年数 _____ 年

2. 受傷時の病名

〔1〕分 類(該当する項目に○印を付けてください)

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

四肢の麻痺の伴う脊髄損傷 死亡例 その他 ※

〔2〕手術の有無 有・無・予定 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

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 気温 _____ ℃ 湿度 _____

〔4〕グラウンドコンディション 芝・土 硬さ 硬い・普通・柔らかい

〔5〕練習・試合の別 試合・練習・練習試合 _____

〔6〕受傷機転

タックルして・タックルされて・スクラム・ラック・モール・衝突・その他

〔7〕受傷時の状況 _____

5. 受傷時の処置

〔1〕現場での医師の有・無: 有・無 医師名 _____

〔2〕応急処置の内容 _____

6. 受傷後の経過

7. 病院名 _____ 医師名 _____

病院所在地 〒 _____ ☎ _____

8. 報告者所感 報告者氏名: _____ Ⓜ ☎ _____

報告者住所 〒 _____

〔注〕1. この報告書は事故発生後、3日以内に報告すること。不明の点は後日判明次第報告のこと。

2. 死亡以外の重症障害については、第一回目の報告後、1ヵ月後にその後の病状を報告のこと。

(添付様式(2))に記載ご報告ください。)

3. この報告書は都道府県ラグビー協会に提出すること。

4. この報告書は一部をコピーして報告者も保管しておいてください。