

「脳震盪／脳震盪の疑い」
医師管理下の段階的競技復帰の証明書

_____ 都道府県ラグビー協会 御中

競技者氏名

生年月日 年 月 日

チーム名

ポジション

受傷日 年 月 日

段階的競技復帰の記録

- ・レベル1 年 月 日 ～ 年 月 日
- ・レベル2 年 月 日 ～ 年 月 日
- ・レベル3 年 月 日 ～ 年 月 日
- ・レベル4 年 月 日 ～ 年 月 日

上記の者は、上記の段階的競技復帰の過程を私の管理のもとで実施し、現在、脳震盪の所見および症状が無いことを証明します。

年 月 日

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、脳震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。

年 月 日

競技者氏名

印

住所

競技者が未成年者の場合は

保護者氏名

印

住所

(平成23年7月25日書式作成)

「脳震盪／脳震盪の疑い」
医師管理下でない段階的競技復帰の証明書

_____ 都道府県ラグビー協会 御中

競技者氏名

生年月日 年 月 日

チーム名

ポジション

受傷日 年 月 日

上記の者は、現在、受傷日から 20 日目以降であり、脳震盪の所見および症状が無いことを証明します。

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わず、その後、段階的競技復帰を実施し、現在、脳震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。

年 月 日

競技者氏名 印

住所

競技者が未成年者の場合は

保護者氏名 印

住所

(平成 23 年 7 月 25 日書式作成)

「脳震盪／脳震盪の疑い」
競技者が19歳未満の場合の段階的競技復帰の証明書

_____ 都道府県ラグビー協会 御中

競技者氏名

生年月日 年 月 日

チーム名

ポジション

受傷日 年 月 日

上記の者は、現在、受傷日から20日目以降であり、脳震盪の所見および症状が無いことを証明します。

年 月 日

医師氏名 印

住所

上記の者は、現在、受傷日から21日目以降であり、フル・コンタクトの練習参加後も、脳震盪の所見および症状が無いことを証明します。

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わず、その後、段階的競技復帰を実施し、現在、脳しんとうの症状はないため、フル・コンタクトの練習に参加することに同意します。

年 月 日

競技者氏名 印

住所

保護者氏名 印

住所

(平成23年7月25日書式作成)