

医師の方へのお願い

「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)の記載について

(公財)日本ラグビーフットボール協会では、「脳振盪」あるいは「脳振盪の疑い」と判断された競技者は、段階的に運動や練習の度をあげてリハビリを行ってから競技に復帰することとしています。

この証明書は、「脳振盪」あるいは「脳振盪の疑い」と判断された競技者の段階的リハビリが医師の管理下で実施されたことを証明し、その最終段階としてのフルコンタクト練習(ぶつかり合う、通常の練習)をする前に、「脳振盪」の症状と所見が残存していないことを確認していただくための書類です。

段階的競技復帰を管理した医師が、以下の事項を確認のうえ、記入してください。

- ステージ1～4の各段階を医師あるいは有資格のヘルスケア専門家が観察し、段階の進行の判断は医師が管理したこと。(有資格のヘルスケア専門家は、日本ラグビーフットボール協会の指定した講習を受けた日本体育協会公認アスレティックトレーナーをさす。)
- ステージ4終了後に「脳振盪」の症状(下記参照)および所見がないこと。

「脳振盪」の症状

- 頭痛 頸部圧迫感 頸部痛 吐き気、嘔吐 めまい
- ものが霞んで見える バランスが悪い 光に過敏 音に敏感
- すばやく動けない感じ 霧の中にいる感じ 気分が良くない
- 集中力がない 思い出せない 疲れている 混乱している
- 眠くなりやすい 寝付きが悪い いつもより感情的
- 怒りやすい 悲しい 神経質、不安感がある

(SCAT 2より)

(公財)日本ラグビーフットボール協会
安全対策委員会
平成26年6月1日

「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

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、段階的競技復帰の下記の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。

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。

年 月 日 (受傷日より第 日目)

競技者氏名

印

住所

競技者が未成年者の場合は

保護者氏名

印

住所

(平成26年6月1日様式改定)