

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 (コラプシング)	<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"/>	1. タックルに行つて 2. タックルを受けて	<input type="checkbox"/>	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.タックラーは身体の中の部位でタックルを行ったか	
<input type="checkbox"/>	1. 走行中 2. その場 3. 空中	<input type="checkbox"/>	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"/>	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	<input type="checkbox"/>	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"/>			
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"/>	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	
		<input type="checkbox"/>	1. 順ヘッド 2. 逆ヘッド 3. 正面
		団体名	
		傷害者氏名	