

医師の方へのお願い

「脳振盪／脳振盪の疑い」段階的競技復帰のための証明書の記載について

競技者が中学生以下の場合

(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。競技者が中学生以下の場合、リハビリ期間は 23 日間以上とすることになっています。

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が段階的なりハビリ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。

以下の事項を、受診した日の状態で確認してください。

- 受診日が「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。
- 受診日に「脳振盪」の症状（下記参照）がないこと。

さらに、フルコンタクト練習を行った後も「脳振盪」の症状が出現しないことを再度確認していただくことになっています。・・・証明書の②（①と同じ医師の必要はありません。）

「脳振盪」の症状

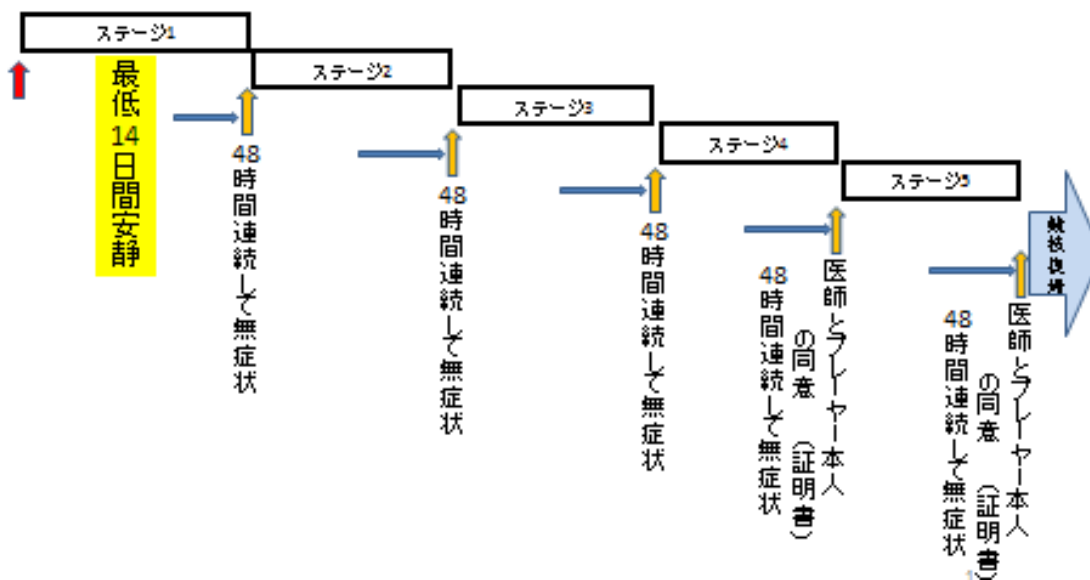
- 頭痛 頸部圧迫感 頸部痛 吐き気、嘔吐 めまい
- ものが霞んで見える バランスが悪い 光に過敏 音に敏感
- すばやく動けない感じ 霧の中にいる感じ 気分が良くない
- 集中力がない 思い出せない 疲れている 混乱している
- 眠くなりやすい 寝付きが悪い いつもより感情的
- 怒りやすい 悲しい 神経質、不安感がある

(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

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



「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

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 (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。

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。

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、フルコンタクト後 の本日の診察では脳振盪の症状がみられませんでした。

年 月 日

医師氏名

印

住所

(平成 26 年 6 月 1 日様式改定)