

| | |
|----------|--|
| 受付 番号 | |
|----------|--|

傷害報告書 1

(見舞金請求書)

| | | |
|---|---|---|
| 3 | 0 | 1 |
|---|---|---|

| | | | | | |
|-----|-----|---|--------|-------|------|
| チーム | 住所 | 〒 | 提出日 | | |
| | | | 年 | 月 | 日 |
| 代表者 | 氏名 | | 都道府県協会 | 三地域協会 | 日本協会 |
| | | 印 | 受付日 | 受付日 | 受付日 |
| 送金先 | TEL | | 協会 | | |

| | | | | | |
|--------|---|------------|--|----|---|
| 団体登録番号 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | 団体名 | | | |
| 個人登録番号 | <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | フリガナ 氏名 | | 年齢 | <input type="text"/> <input type="text"/> 歳 |

| | | | | | |
|----------------|---|--------------|---|----------|--|
| 傷害内容 または傷病名 | | | | | |
| 傷害発生年月日 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日 | 傷害発生時刻 | <input type="text"/> <input type="text"/> 時頃 | | |
| 傷害発生状況 | <input type="checkbox"/> 1.試合 2.練習試合 <input type="checkbox"/> 3.練習 4.その他 | 受傷時の 試合時刻 | <input type="checkbox"/> 1.前半 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 2.後半 <input type="text"/> <input type="text"/> 分頃 | 受傷 機転 | 1.スクラム 2.タックルして 3.タックルされて 4.ラック 5.モール 6.その他() |

(その時の状況を具体的に書ききれない場合には、裏面に記入して下さい。)

(例)左にパスしようとしたところ右前方より右大腿部にタックルされ、倒れた上を乗りかかられた時に右膝を負傷した。

| | | | | | | |
|---------------|---|--------------|--|-------|--|---|
| 試合名 | | | 対戦 チーム名 | | | <input type="checkbox"/> 1.公式 2.非公式 |
| マウスガード | <input type="checkbox"/> 1.装着 <input type="checkbox"/> 1.カスタム(特注) <input type="checkbox"/> 2.未装着 <input type="checkbox"/> 2.汎用(市販品) | コンタクトレンズ | <input type="checkbox"/> 1.装着 <input type="checkbox"/> 1.装着 <input type="checkbox"/> 2.未装着 <input type="checkbox"/> 2.未装着 | ヘッドギア | <input type="checkbox"/> 1.装着 <input type="checkbox"/> 2.未装着 | |
| 受傷時の ポジション | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1.左プロップ 2.フッカー 3.右プロップ 4.左ロック 5.右ロック 6.左フランカー 7.右フランカー 8. 8 9.スクラムハーフ 10.スタンドオフ 11.左ウイング 12.左センター 13.右センター 14.右ウイング 15.フルバック 16.その他() | | | | | |
| 天候 | <input type="checkbox"/> 1.晴れ 2.曇り <input type="checkbox"/> 3.雨 4.雪 | グラウンド の状態 | <input type="checkbox"/> 1.芝 <input type="checkbox"/> 2.土 <input type="checkbox"/> 3.その他 | 照明 | <input type="checkbox"/> 1.有り <input type="checkbox"/> 2.無し | 気温 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 湿度 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| レフリー | <input type="checkbox"/> 1.在 <input type="checkbox"/> 1.有り <input type="checkbox"/> 2.不在 <input type="checkbox"/> 2.無し | 資格 | 氏名 | ドクター | <input type="checkbox"/> 1.在 <input type="checkbox"/> 1.在 <input type="checkbox"/> 2.不在 <input type="checkbox"/> 2.不在 | 氏名 |

| | | | | | | |
|-----------|--|-----------|--|--|--|--|
| 傷害時 処置 | <input type="checkbox"/> 1.レフリー 2.監督・コーチ・指導責任者 <input type="checkbox"/> 3.医師 4.その他() | 処置の 内容 | | | | |
|-----------|--|-----------|--|--|--|--|

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 体 重 | 身 長 | 胸 囲 | 腹 囲 | 頸 囲 | 座 高 |
| <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm |

| | | | | | | | | | | |
|-----|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 既応症 | 脳しんどう | 頭蓋内損傷 | 頸部(蓋)損傷 | 腹部損傷 | 四肢骨折 | 膝関節損傷 | 日射病 | 高血圧 | 心臓疾患 | 糖尿病 |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | | | |
|--|----------------------------------|---|---|--|---------|
| <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日 審査年月日 | 期限切れ <input type="checkbox"/> | 診断結果 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 級 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | 千円 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | 予備1 予備2 |
|--|----------------------------------|---|---|--|---------|

| | |
|----------|--|
| 受付 番号 | |
|----------|--|

傷害報告書 2

| | | |
|---|---|---|
| 3 | 0 | 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 | 組んだときの タイミング | <input type="checkbox"/> | 1.良い 2.良くない 3.悪い | D | スクラムのくずれ (コラブシグ) | <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どの部位でタックルに行ったか | |
| <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か | | F. タックルを受けた瞬間 | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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. 投げとばされた | | |
| 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"/> | <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 | | | |