脳振盪／脳振盪の疑い報告書

報告日

報告者氏名	
□チーム責任者　□担当レフリー　□マッチドクター □その他　（　　）	
緊急連絡先	

1．受　傷　者

チーム名			
氏　名	年　齢 才	生年月日	ポジション

2．受傷時の状況

発生日		時　刻
場　所	グラウンドコンディション	□芝　□土　□人工芝 □硬い　□普通　□柔らかい

受傷時の状況

□タックをした　□タックルをされた　□スクラム　□モール　□ラック

その他、特記事項

3．受傷時の処置

緊急処置の内容
医師または病院名 病　院　　医　師

□は、該当するものに、○をつけてください。