

脳震盪／脳震盪の疑い報告書

報告日	年	月	日
-----	---	---	---

チーム名称	
報告者氏名	
緊急連絡先	

1. 受 傷 者

氏名	年齢 才	生年月日 年 月 日	ポジション
----	---------	---------------	-------

2. 受傷時の状況

発生日 年 月 日	時刻 ☐ AM ☐ PM :
場 所	コンディション
受傷時の状況に○ ☐ タックルをした ☐ 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

応急処置の内容
医師または病院名