「脳振盪／脳振盪の疑い」段階的競技復帰のための証明書（2 週間）

＿＿＿＿＿＿＿＿都道府県ラグビー協会　御中

ﾌﾘｶﾞﾅ
競技者氏名

生年月日　西暦　　年　　月　　日
チーム名
ポジション

受傷日　　西暦　　年　　月　　日　（本人申告、あるいは記録で確認）

□　上記の者は、WR が示すところの脳振盪の既往はありませんでした。
□　上記の者は、受傷 36-48 時間後に実施した SCAT5 でベースラインと比較して悪化がみられませんでした。
□　上記の者は、フルコンタクト前の本日の診察で、脳振盪の症状がみられませんでした。
□　上記の者は、受傷日時点で 18 歳未満でないことを確認しました。

西暦　　年　　月　　日

医師氏名　　印
住所

（競技者記入）
□　私は、受傷日から 7 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。

西暦　　年　　月　　日　（　受傷日より第　　日目　）

競技者氏名　　印
住所

（2022 年 8 月 26 日様式改定）