

JRFU傷害報告書ガイド

- 1 傷害 報告書 1 （見舞金請求書）
- 2 脳振盪（兼脳損傷等） 報告書
- 3 重症傷害 報告書（受傷時）

2023年12月
日本ラグビーフットボール協会
安全対策委員会



この資料について

- 傷害発生時の現場から日本ラグビーフットボール協会への報告の流れを解説します。
 - 各チームにおいては、これに従ってできる限り素早く、正確に情報を共有してください。
 - 報告された傷害にかかる状況を把握、検討することによって再発防止を図ります。
- ラグビー関係者全員が情報を共有し、安全対策を周知徹底することにより再発防止を図ることが重要です



傷害報告が必要な3つのケース①

JRFUには傷害に関する3つの報告書があります

1. 傷害報告書 1（見舞金請求書）

- 登録者見舞金制度に関連するものです

2. 脳振盪（兼脳損傷等）報告書

- 脳振盪/脳振盪の疑い、脳損傷、急性硬膜下血腫を受傷した時に報告します

3. 重症傷害報告書 以下の場合に報告します

- 死亡
- 24時間以上の意識喪失
- 四肢のマヒを伴う脊髄損傷
- 開頭あるいは脊椎にかかる手術を要した傷害
- 胸部あるいは腹部の臓器にかかる手術を要した傷害
- 診断書により重症と考えられる傷害

上記の3つの報告書はそれぞれ提出先や書式が異なります。重なる場合には個別に提出してください。

各種報告書は協会ホームページよりダウンロードして利用してください。[各種報告書はこちら](#)



傷害報告の組み合わせパターン 以下の3つのケースがあります。

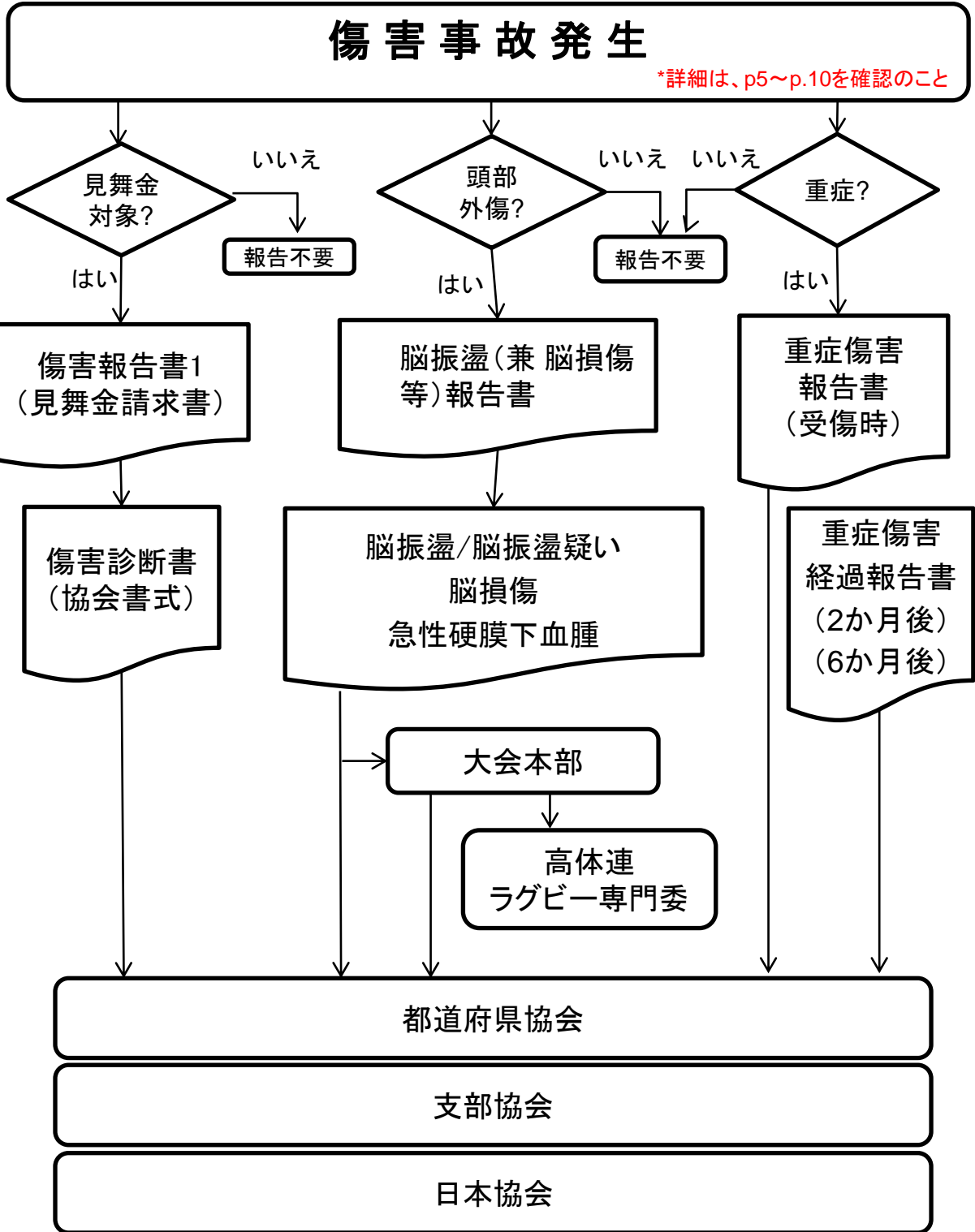
1. 傷害報告書 1（見舞金請求書）
＋脳振盪（兼脳損傷等）報告書
 - 脳振盪の場合、審査認定にて最大2万円の給付
 - その他 骨折、脳挫傷、頭蓋内血腫等で給付

2. 傷害報告書 1（見舞金請求書）
＋重症傷害報告書（受傷時）
 - 重症傷害報告の対象となる傷害・事故については、この対応としてください。

3. 傷害報告書1（見舞金請求書）
＋脳振盪（兼脳損傷等）報告書
＋重症傷害報告書（受傷時）
 - 脳振盪を伴う頭部外傷でかつ重症傷害の場合は、この対応としてください。



傷害発生時の報告フロー（全体）



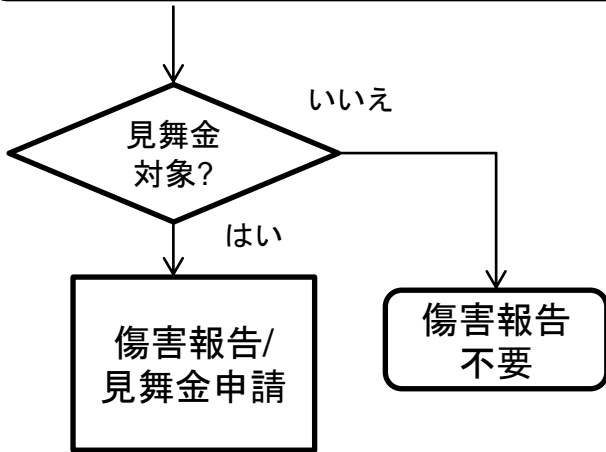
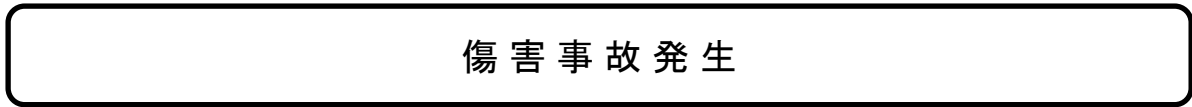
1. 傷害報告書（見舞金請求書）

- 傷害見舞金制度による
 - [実施要綱](#)
 - [傷害見舞金給付表](#)
- 報告義務者
 - チーム責任者
- 報告先
 - 各都道府県協会→支部協会→日本協会
- 報告の時期
 - 傷害発生後30日以内.....傷害報告書
 - 傷害発生後6ヶ月以内.....傷害診断書
- 報告書フォーマット
 - [傷害報告書 1（見舞金請求書）](#)
 - [傷害報告書 2](#)
 - [傷害診断書](#)



見舞金対象傷害発生時の報告・申請手続

[ホームページへ](#)

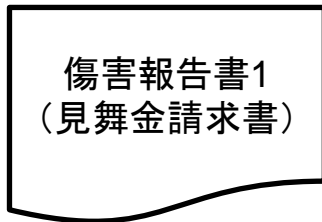


見舞金対象

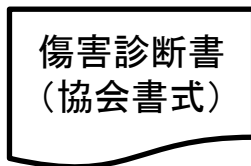
- ✓ 頭部損傷
- ✓ 脊椎損傷
- ✓ 脊髄損傷
- ✓ 眼の損傷
- ✓ 歯の損傷
- ✓ 骨折
- ✓ 手術
- ✓ 内臓損傷
- ✓ 一定期間以上の入院療養
- ✓ 靭帯切断
- ✓ 死亡

詳細は実施要項及び見舞金給付表をご確認ください。

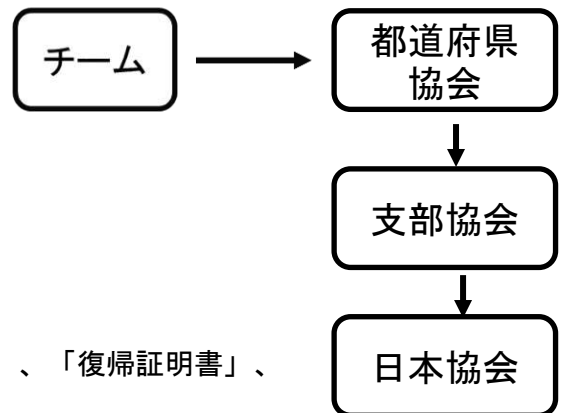
① 傷害発生日から30日以内



② 確定診断後速やかに提出、
6か月以内
医師・歯科医師による診断書



<連絡・提出先>



※ 脳振盪の見舞金請求には「頭部外傷報告書」、「復帰証明書」、CT/MRI検査も必要



2. 脳振盪（兼 脳損傷等）報告書

- ・ 脳振盪 / 脳振盪の疑い、
脳損傷、
急性硬膜下血腫
を受傷した時に提出

脳損傷とはCT/MRI等の画像によって
診断される骨や脳の外傷です。

例：急性硬膜外血腫、脳挫傷、
外傷性くも膜下出血、
頭蓋骨骨折（眼窩骨折を含む）

- ・ 報告義務者
チーム責任者、チームドクター・トレーナー、チームSA
- ・ 報告書提出先 1または2を選択
 1. 都道府県協会に提出
 2. 大会本部/主管実行委員会に提出 大会本部から
→都道府県協会
→高体連ラグビー専門部→都道府県協会

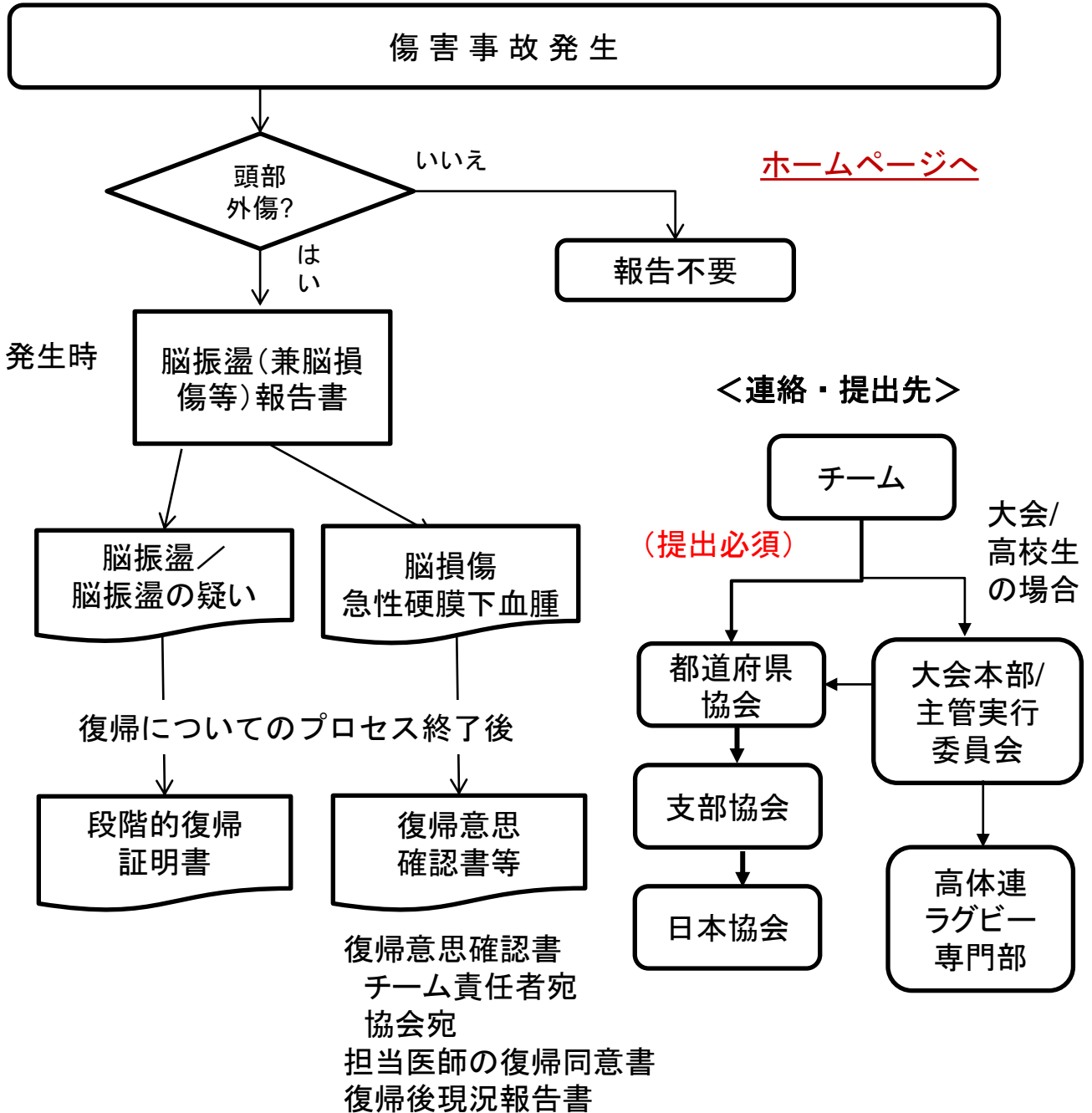
- ・ 報告の時期
遅滞なく

2週間復帰の場合
3週間復帰の場合
高校生、高専生あるいは18歳未満の場合
中学生以下の場合

- ・ 復帰に際しては下記書類が必要
 - ・ 脳振盪/脳振盪の疑いでは段階的復帰証明書
 - ・ 脳損傷、急性硬膜下血腫では復帰意思確認書等

復帰意思確認書（チーム責任者宛）
復帰意思確認書（日本協会宛）
復帰意思同意書（担当医師）
現況報告書

脳振盪（兼脳損傷等）報告書 報告・申請手続



3. 重症傷害報告書

- 詳細は日本ラグビーフットボール協会HP参照のこと

[詳しくはこちら](#)

[傷害発生時の事務手続き](#)

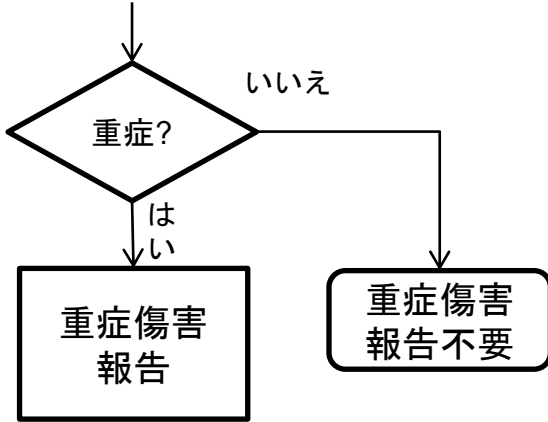
- 報告義務者
 - チーム責任者
- 報告書提出先
 - 各都道府県協会
- 報告の時期
 - ただちに電話連絡
 - 発生後3日以内...重症傷害報告書（受傷時）
（不明事項は後日速やかに補足）
 - 発生後2ヶ月と6ヶ月の時点（死亡時を除く）
経過報告書の2・6ヶ月の書式使用
 - [重症傷害報告書（受傷時）](#)
 - [重症傷害経過報告書（2か月後、6か月後）](#)

- * 死亡された場合には、以下の書類を提出
「死亡診断書」または「死体検案書」を添付する。



重症傷害発生時の報告・申請手続

傷害事故発生



[ホームページへ](#)

重症傷害

- ✓ 死亡
- ✓ 24時間以上の意識喪失
- ✓ 四肢のマヒを伴う脊髄損傷
- ✓ 開頭あるいは脊椎にかかる手術を要した傷害
- ✓ 胸部あるいは腹部の臓器にかかる手術を要した傷害
- ✓ 診断書により重症と考えられる傷害

① ただちに電話で連絡

② 発生後3日以内
不明事項は、後日判明次第報告

重症傷害
報告書
(受傷時)
様式(1)

③ 発生から2ヶ月後

重症傷害
経過報告
書様式(2)
(2か月後)

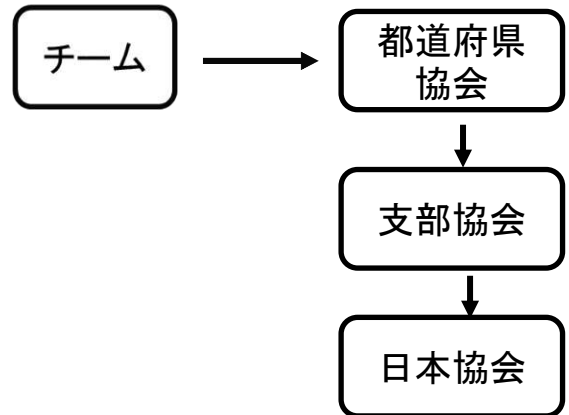
(6か月後)

④ 6ヶ月後

手術の経過、症状、その他の経過等を報告。
それ以降も症状が改善されない場合は1年毎に報告。

* 死亡に至った場合には、「死亡診断書」または
「死体検案書」を添付する。

<連絡・提出先>



【サンプル】申請時は協会ホームページよりダウンロードして利用ください。

脳振盪報告書(兼脳損傷等報告書) [ホームページへ](#)

脳振盪報告書(兼脳損傷等報告書) 脳振盪 脳振盪の疑い 脳損傷 急性硬膜下血腫

該当する頭部外傷に✓を入れて下さい。重複しても構いません。
この報告書の脳損傷とは CT/MRI 等の画像によって診断される骨や脳の
外傷とします。例として、急性硬膜外血腫、脳挫傷、外傷性くも膜下出血、
軟骨骨折を含む頭蓋骨骨折等であり、単なる頭皮の傷は含みません。以下
に医師から知らされた診断名を記入して下さい。

報告日 西暦 年 月 日

報告者氏名

チーム責任者 チームドクター チームトレーナー

チームSA マッチドクター レフリー

連絡を取りやすい連絡先(電話やメール)

脳損傷等の診断名 ()

受傷者(選択肢があるものには✓をつける)

氏名	生年月日	西暦	年	月	日	年齢	歳
			<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女			
チーム名	<input type="checkbox"/> 15人制 <input type="checkbox"/> 7人制 <input type="checkbox"/> その他()		ポジション()				
カテゴリー	<input type="checkbox"/> スクール <input type="checkbox"/> 中学 <input type="checkbox"/> 高校 <input type="checkbox"/> 高专 <input type="checkbox"/> 大学	在籍する学校の学年		年生			
	<input type="checkbox"/> 社会人(含む LEAGUE ONE) <input type="checkbox"/> クラブ <input type="checkbox"/> その他()						
所属都道府県協会	協会						

受傷の状況(選択肢があるものには✓をつける)

受傷日	西暦	年	月	日	場所	<input type="checkbox"/> 試合
受傷時のプレー	<input type="checkbox"/> タックルをした <input type="checkbox"/> タックルをされた		<input type="checkbox"/> 練習試合			
	<input type="checkbox"/> ラック・モール	<input type="checkbox"/> 不意の衝突	<input type="checkbox"/> スクラム	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 練習	
	<input type="checkbox"/> その他()					
頭部打撲の対象	相手選手(<input type="checkbox"/> 膝 <input type="checkbox"/> 腰 <input type="checkbox"/> 頭 <input type="checkbox"/> その他)		味方選手	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> その他	
	<input type="checkbox"/> 頭部に衝撃を受けた後ピッチにも頭部をぶつけた		<input type="checkbox"/> 逆ヘッドタックルだった (該当すれば✓を入れる 複数可)			

受傷時の症状 (当てはまる症状に✓をつける。複数回答可) ※SCATでの症状の確認および記録を推奨

<input type="checkbox"/> A 意識消失/意識消失の疑い	<input type="checkbox"/> B けいれん発作	<input type="checkbox"/> C 硬直姿勢	<input type="checkbox"/> D 立ち上がれない/バランスが悪い	<input type="checkbox"/> E 混乱している
<input type="checkbox"/> F ぼーっとしている/表情が乏しい/うつろな表情	<input type="checkbox"/> G 見当識がない(場所や時間がわからなくなる)	<input type="checkbox"/> H 行動が変わった(感情的になる/いらだつ)		
<input type="checkbox"/> I 健忘(思い出せない)	<input type="checkbox"/> J 頭痛	<input type="checkbox"/> K マドックの首問に不正解	<input type="checkbox"/> L その他()	

受傷時の処置(応急処置の内容を書き入れる)

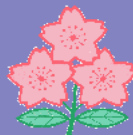
大切な事柄

この報告書は見舞金制度の『傷害報告書1(見舞金請求書)』とは異なります。見舞金に関わる場合は別途、『傷害報告書1(見舞金請求書)』を提出して下さい。また、下記に示す重症傷害に該当する場合は、本報告書及び『傷害報告書1(見舞金請求書)』とは別に、『重症傷害報告書』を提出して下さい。
本報告書は個人非特定のもと日本ラグビーフットボール協会の安全対策のための資料として使用されます。
脳挫傷や急性硬膜下血腫では、臨床経過の報告やCT/MRI 画像の提出を依頼することがあります。
本報告書の提出はラグビー競技への復帰を閉ざすものではありません。提出へのご協力をお願い致します。

重症傷害報告書を提出する必要がある外傷

- 1 頭蓋骨骨折の有無に関係なく24時間以上の意識喪失を伴う障害
- 2 四肢の麻痺を伴う脊髄損傷
- 3 死亡
- 4 開頭および脊髄の手術を受けたもの
- 5 胸・腹部臓器で手術を受けたもの
- 6 1~5のほか診断書で重症と思われるもの(6については、緊急手術を要する傷害、長期入院を要する傷害等、重傷と思われる傷害をさす)

2023年12月20日作成



段階的競技復帰（GRTP）最短復帰ケース

A. 18歳以上のコミュニティレベルの場合

（大学/社会人/クラブチームなど *高校生・高専生は除く）

- プレーヤーウェルフェアを最優先としたメディカル体制を有しているチームの管理のもとに、下記の3項目を全て満たす場合に限り、1週間の安静と1週間のGRTPの最短2週間で復帰が可能。

1. 脳振盪の既往歴*のない選手
2. チーム内でSCAT5のベースラインデータがあること
3. 脳振盪受傷後36-48時間後にSCAT5を実施し、ベースラインデータより悪化がないこと

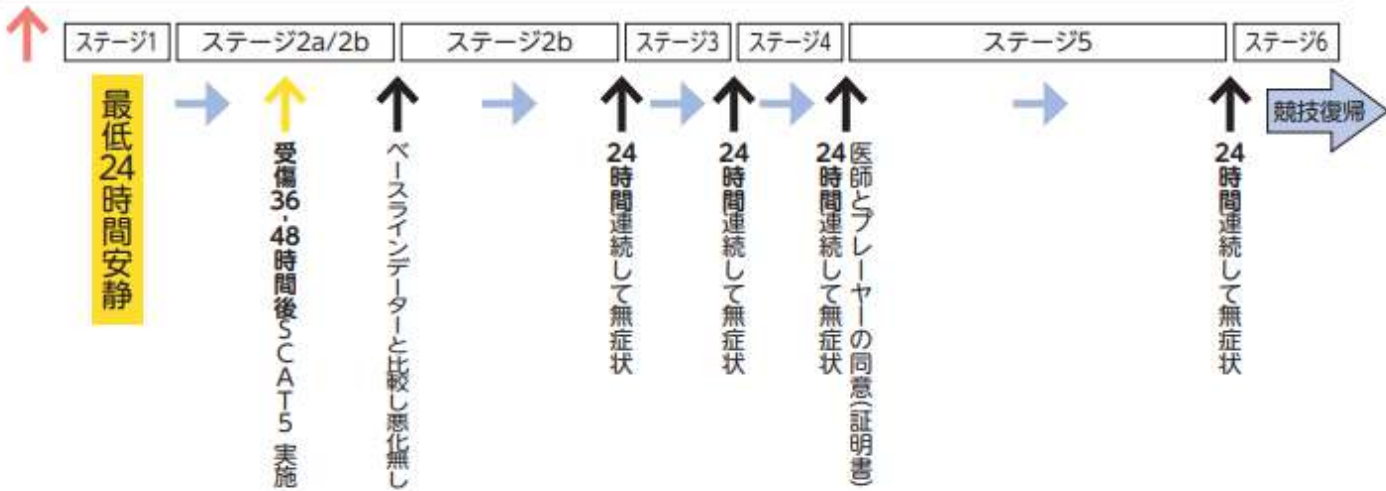
*：脳振盪の既往とは、以下6項目に当てはまる場合

1. 脳振盪の受傷が過去3ヶ月以内にあった
2. 脳振盪の受傷が過去1年間で3回以上あった
3. 脳振盪の受傷がラグビー競技を始めてから5回以上あった
4. 衝撃によって脳振盪の発症閾値が低下した（医師の指摘による）
5. 脳振盪を起こし、心理的な問題を合併した
6. 過去に脳振盪を起こし、回復に時間がかかった（21日以上）



メディカル体制を有している コミュニティレベルの場合（最短2週間）

day0	day1		day6	day7	day8	day9	day10	day11	day12	day13	day14
日	月		土	日	月	火	水	木	金	土	日



【サンプル】申請時は協会ホームページよりダウンロードして利用ください。

[ホームページへ](#)

「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

ﾌﾗｸﾞ 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。

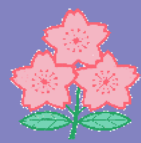
西暦 年 月 日 （受傷日より第 日目）

競技者氏名

印

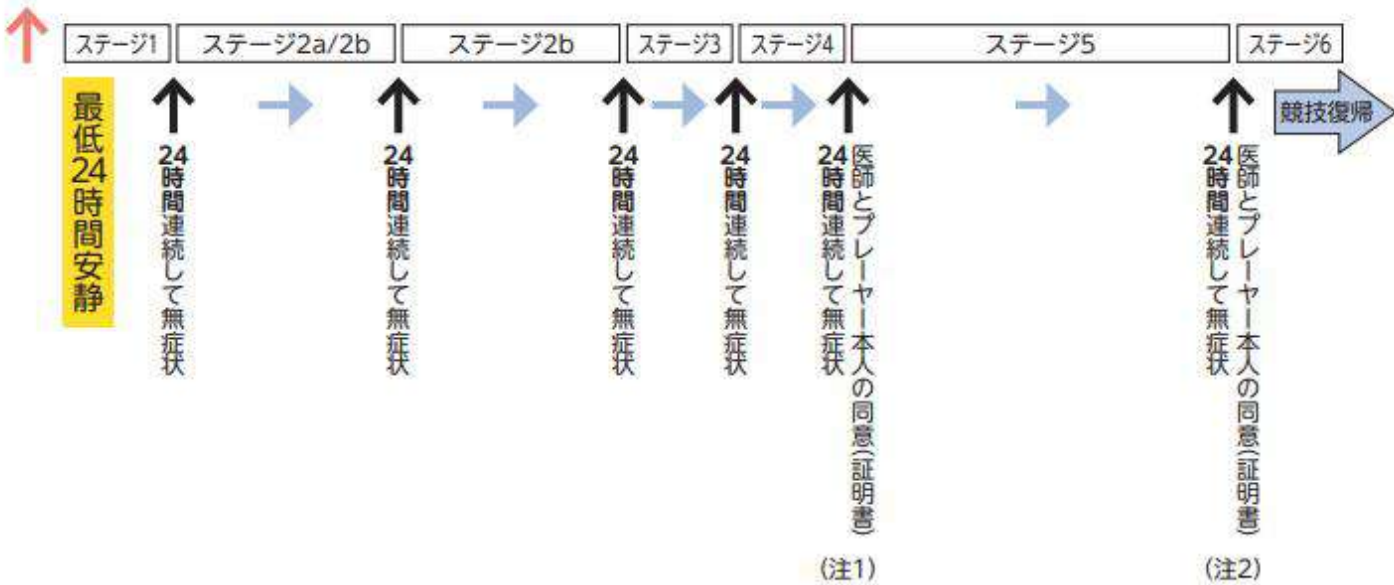
住所

（2022年8月26日様式改定）



メディカル体制を有しない コミュニティレベルの場合（最短3週間）

day0	day1		day13	day14	day15	day16	day17	day18	day19	day20	day21
日	月		土	日	月	火	水	木	金	土	日



※ステージ2は、最短で15日目、
ステージ5は、最短で20日目となる



【サンプル】申請時は協会ホームページよりダウンロードして利用ください。

[ホームページへ](#)

「脳振盪／脳振盪の疑い」段階的競技復帰のための証明書（3週間）

_____ 都道府県ラグビー協会 御中

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、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。

西暦 年 月 日（受傷日より第 _____ 日目）

競技者氏名 _____ 印
住所 _____

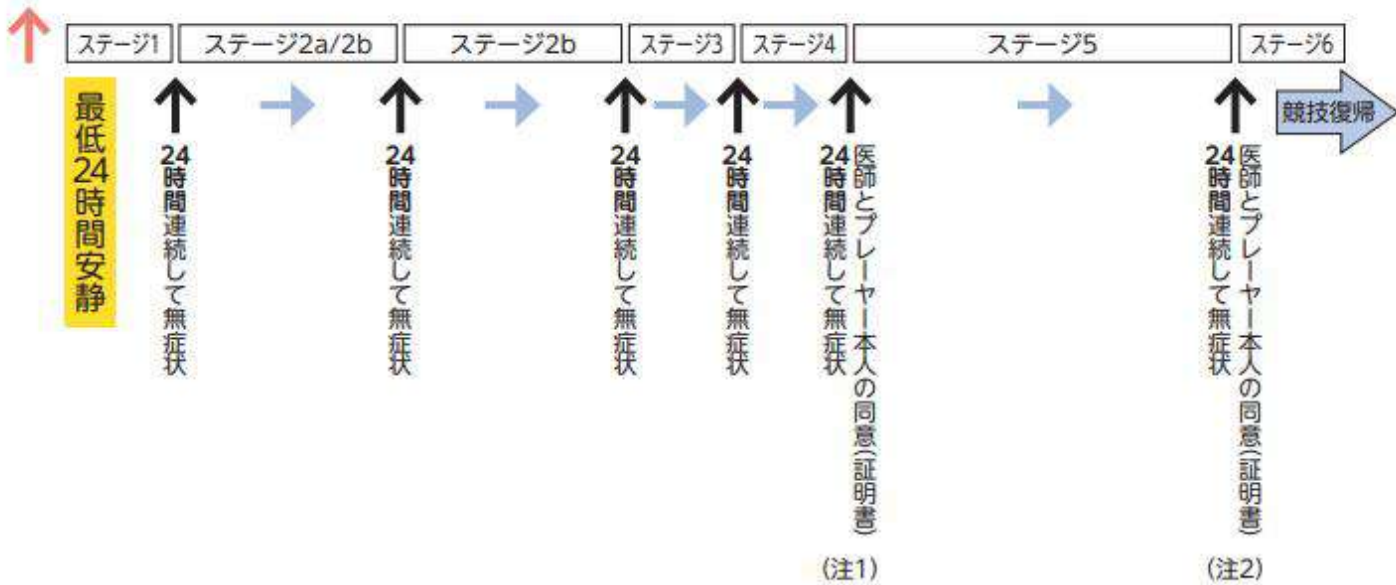
競技者が18歳未満の場合 保護者氏名 _____ 印
住所 _____

(2022年8月26日様式改定)



高校生あるいは高専生の場合（最短3週間）

day0	day1		day13	day14	day15	day16	day17	day18	day19	day20	day21
日	月		土	日	月	火	水	木	金	土	日



※ステージ2は、最短で15日目、
ステージ5は、最短で20日目となる





【サンプル】申請時は協会ホームページよりダウンロードして利用ください。

[ホームページへ](#)

「脳振盪／脳振盪の疑い」段階的競技復帰のための証明書
競技者が高校生あるいは高専生の場合

都道府県ラグビー協会 御中

フリガナ
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)

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 20 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。

西暦 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。

西暦 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 24 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、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。

西暦 年 月 日

医師氏名 印
住所

(2021 年 5 月 31 日様式改定)



中学生以下の場合（最短23日間）



※ステージ2からステージ5
各ステージは2日間ずつかける



「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

フリガナ
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)

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。

西暦 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。

西暦 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、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。

西暦 年 月 日

医師氏名 印
住所

(2021 年 5 月 31 日様式改定)



【サンプル】申請時は協会ホームページよりダウンロードして利用ください。

【重症傷害報告書】

[ホームページへ](#)

所属都道府県協会 安全対策委員会 委員長	三支部協会 安全対策委員会 委員長	日本協会 安全対策委員会 委員長
----------------------------	-------------------------	------------------------

重症傷害報告書〔受傷時〕(様式(1))

西暦 年 月 日

公益財団法人

日本ラグビーフットボール協会 殿

都道府県協会名 _____
 チーム名称 _____
 チーム責任者氏名 _____ 印

記

1. 受傷者

フガナ

- (1) 氏名 _____ (2) 年齢 _____ 歳 (3) 性別 _____
 (4) 生年月日 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日
 (5) 所 属(学校名・会社名・クラブ名・その他) _____
 (6) 現住所 〒 _____ 番 _____ 号
 (7) ポジション No. _____ (8) ラグビー経験年数 _____ 年

2. 受傷時の病名

- (1) 分 類(該当する番号に○印を付けてください)
 1 頭蓋骨骨折の有無に関係なく24時間以上の意識喪失を伴う障害
 2 四肢の麻痺の伴う脊椎損傷 3 死亡 4 開頭および脊椎の手術を要したもの
 5 胸・腹部臓器で手術を要したもの 6 1~5のほか診断書で重症と思われるもの(注5)
 (2) 手術の有無 有・無・未定 _____ 手術名 _____

3. 受傷時の症状

- (1) 意識喪失の有無について: 有・無
 有に○をつけた場合、その意識喪失の期間: _____ 時間、または _____ 日
 (2) 四肢麻痺について: 有・無
 有に○をつけた場合、その部位: _____ 右上肢・左上肢・右下肢・左下肢
 (3) その他(臓器損傷、循環器傷害など)

4. 受傷時の状況

- (1) 発生日 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 分ごろ
 (2) 場 所 _____
 (3) 天 候 晴れ・曇り・雨・雪 _____
 (4) グラウンドコンディション _____ 芝・土・人工芝



【サンプル】申請時は協会ホームページよりダウンロードして利用ください。

[ホームページへ](#)

所属都道府県協会 安全対策委員会 委員長 印	三支部協会 安全対策委員会 委員長 印	日本協会 安全対策委員会 委員長 印
-------------------------------------	----------------------------------	---------------------------------

重症傷害経過報告書〔2・6ヶ月後〕 (様式(2))

西暦 年 月 日

公益財団法人
日本ラグビーフットボール協会 様

都道府県協会名 _____
 チーム名称 _____
 チーム責任者氏名 _____ 印

記

フット

1. 受傷者氏名 _____

2. 受傷時の病名 _____

3. 確定診断名 _____

(1) 頭蓋・頭蓋内損傷：(イ)頭蓋骨骨折 (ロ)硬膜外血腫 (ハ)急性硬膜下血腫 (ニ)脳挫傷
 (ホ)脳内出血 (ヘ)その他(_____)

(2) 脊髄損傷
 部位： C₁ C₂ C₃ C₄ C₅ C₆ C₇ C₈ その他 _____
 脱臼： 有・無 _____ 骨折： 有・無 _____

4. 治療

1. _____
 2. _____

5. 現在の状態

- (1) 意識
- (1) 目 : (イ)自然に開けている (ロ)呼びかけてあるいは刺激で開ける
 (ハ)閉じたままで開けない
 - (2) 痛み刺激: (イ)刺激にはらいのける (ロ)刺激に顔をしかめる
 (ハ)刺激にまったく反応しない
 - (3) 手足反応: (イ)命令にて上手に動かす (ロ)命令にて上手に動かさない
 (ハ)命令にてまったく動かさない
 - (4) 会 話: (イ)普通にできる (ロ)普通にできない
 (ハ)まったくできない



【サンプル】申請時は協会ホームページよりダウンロードして利用ください。

(2) 麻痺の状態

有・無 どちらかを選んで「有」の場合、以下の選択項目に○印を付けてください。

【 右上肢、 左上肢、 右下肢、 左下肢 】 に麻痺あり。

【 右手、 左手 】 で食事ができる。

腕を肩の高さまで挙げることが 【 できる、 できない 】

背もたれで座位になることが 【 できる、 できない 】

車椅子に乗ることが 【 できる、 できない 】

装具を用いたり、松葉杖で歩くことが 【 できる、 できない 】

装具や松葉杖なしで歩行は 【 安定している、 安定していない 】

(3) 排尿・排便の状態

自然排尿が 【 できる、 できない 】

自然排便が 【 できる、 できない 】

(4) 呼吸の状態

気管切開 【 有・無 】

人口呼吸器を 【 つけている、 つけていない 】

自然に呼吸しているが、酸素吸入を 【 している、 していない 】

6. 前回報告より現在までの経過

報告者氏名 _____ 印

住所 〒 _____ 印



【サンプル】申請時は協会ホームページよりダウンロードして利用ください。

【登録者傷害見舞金】

[ホームページへ](#)

受付番号		傷害報告書 1 (見舞金請求書) <small>※太枠内に記入をしてください。</small>					
チーム代表者	住所	〒		提出日 西暦 年 月 日			
	JRFU氏名	印 TEL		都道府県協会	三支部協会	日本協会	
送金先	金融機関		支店名	受付日	受付日	受付日	
	口座名	普通 当座	口座番号				
	口座名義	TEL		協会			

団体登録番号		団体名	
JRFU 共通個人 ID		JRFU氏名	
		年齢	性別

傷害内容 または傷病名										
傷害発生年月日	西暦 年 月 日	傷害発生時刻		時 分						
傷害発生状況	<input type="checkbox"/> 1. 試合 2. 練習試合 3. 練習 4. その他	受傷時の試合時刻	<input type="checkbox"/> 1. 前半 2. 後半	受傷機転	<input type="checkbox"/> 1. スタム 2. タックルして 3. タックルされて 4. フラップ 5. モーレ 6. その他()					
<small>(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。</small>										
<small>(例)左にパスをしようとしたところ右前方より右太腿部にタックルされ、倒れた上を乗り越えられた時に右膝を負傷した。</small>										
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(カスタムメイド) 2. 装着(市販品) 3. 非装着	コンタクトレンズ	<input type="checkbox"/> 1. 装着 2. 非装着	ヘッドギア	<input type="checkbox"/> 1. 装着 2. 非装着					
受傷時のポジション	<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. 左フラインガー 7. 右フラインガー 8. No8 9. スタムハープ 10. スタンドオフ 11. 左ウィング 12. 左センター 13. 右センター 14. 右ウィング 15. フルバック 16. 未定									
天候	<input type="checkbox"/> 1. 晴れ 2. 曇り 3. 雨 4. 雪	<input type="checkbox"/> 1. 日没前 2. 日没後	グラウンドの状態	<input type="checkbox"/> 1. 芝 2. 土 3. その他	雨	<input type="checkbox"/> 1. 有り 2. 無し				
レフリー	<input type="checkbox"/> 1. 在 2. 不在	資格	<input type="checkbox"/> 1. 有り 2. 無し	氏名		ドクター				
傷害時処置	<input type="checkbox"/> 1. レフリー 2. 監督・コーチ・指導責任者 3. 医員 4. その他()	処置の内容								
体重	身長	胸囲	腹囲	腕囲	股囲	足囲				
kg	cm	cm	cm	cm	cm	cm				
既往歴	脳神経	頭頸内臓	頭頸(表)臓	胸部臓	四肢骨節	膝関節	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"/>	

審査年月日 西暦 年 月 日 1. 期限切れ

① 千円

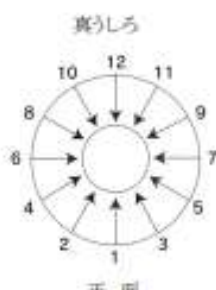
② 千円 ③ 千円

千円1 千円2



【サンプル】申請時は協会ホームページよりダウンロードして利用ください。

[ホームページへ](#)

受付 番号		傷害報告書 2					
◇受傷機転が、[1. スタラム]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	組んだ時の タイミング	<input type="checkbox"/>	1. 良い 2. 良くない 3. 悪い	D	スタラムのずれ (コフブリング)	<input type="checkbox"/>	1. 有り 2. 無し
E	押し上げ (ホッピング)	<input type="checkbox"/>	1. 有り 2. 無し	F	衝突	<input type="checkbox"/>	1. 本人の顔と相手の顔 2. 本人の顔と相手の肩
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	スタラムの形態	<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. タックルに行って 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どの部位でタックルを行ったか				
<input type="checkbox"/>		1. 走行中 2. その場 3. 空中	<input type="checkbox"/>		1. 肩 2. 肘 3. 腕 4. 手 5. スタマー 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のか			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. 振り倒された 6. 突きとばされた 7. 投げ飛ばされた					
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. 顔部が相手の身体の上に乗った 2. 顔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. 振り倒された 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"/>	1. ↓ 2. ↙ 3. ↘ 4. ↗ 5. ↖ 6. ↘ 7. ↙ 8. → 9. ← 10. その他				
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顔部の高さ				
<input type="checkbox"/>		真うしろ  正面	<input type="checkbox"/>		1. 上がっていた 2. 下がっていた		
<input type="checkbox"/>			L. タックルに入った時の顔部の位置		<input type="checkbox"/>	1. 順ヘッド 2. 逆ヘッド 3. 正面	
			団体名				
			傷害者氏名				



【サンプル】申請時は協会ホームページよりダウンロードして利用ください。

[ホームページへ](#)

(公財)日本ラグビーフットボール協会 御中

傷害診断書

西暦 年 月 審査

チーム記入欄

チーム登録番号	JRFU 共通個人ID	チーム名
傷病者氏名	男 女	西暦 年 月 日生 歳
傷病者住所	TEL ()	
解雇後の場合	退社日 年 月 日	復帰証明提出日 年 月 日

医師記入欄 (特に今回の傷病の病状・経過及び治療方法などご記入ください)

1 傷病名	1) 年 月 日 2) 年 月 日 3) 年 月 日	傷病発生年月日	1) 年 月 日 2) 年 月 日 3) 年 月 日
2 初診日	1) 西暦 年 月 日		
3 外来通院期間	1) 年 月 日 から 年 月 日 まで 2) 年 月 日 から 年 月 日 まで		
4 入院期間	1) 年 月 日 から 年 月 日 まで 2) 年 月 日 から 年 月 日 まで		
5 検査	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI その他の検査 _____		
6 治療	<input type="checkbox"/> 保存的治療 <input type="checkbox"/> 手術的治療 (検査・治療ともチェックを入れてください)		
7 手術日	(手術治療を行った場合に記入して下さい) 1) 年 月 日 術式 2) 年 月 日 術式		
8 治療内容			
9 既往症・持病 又は既存の身体障害	(有の場合は、傷病名・障害の内容・罹病期間・治療の内容などをご記入ください) 有 無		
以上の通り証明(診断)する。所在地 病院又は 電話番号 西暦 年 月 日 診療所の名称 医師氏名			

協会記入欄

見舞金給付表 該当項目	等級 [] - ()	審査決定年月日 西暦 年 月 日
都道府県協会 受付日 年 月 日 協会	三支部協会 受付日 協会	日本協会 受付日 年 月 日



【サンプル】申請時は協会ホームページよりダウンロードして利用ください。

[ホームページへ](#)

提出者：復帰希望者 → 提出先：チーム責任者

「脳損傷、硬膜下血腫」受傷後の競技復帰の意思確認書（チーム責任者宛）

_____ 殿（チーム責任者）

795ナ
競技者氏名

生年月日 西暦 年 月 日

チーム名

頭部外傷病名

受傷日 西暦 年 月 日

治療期間 西暦 年 月 日 ～ 年 月 日

（競技者記入）※□にレ点を入れてください。

私は上記受傷後に医療機関にて、治療と十分な期間の経過観察を行い、現在、頭部外傷の症状はないため、フルコンタクトの練習及び試合に参加します。

今後、ラグビーの練習や試合において、既往症に起因して頭部外傷及び神経障害に罹った場合の責任は私にあり、その程度の如何によらず所属チーム、相手チーム、学校、主催団体及びラグビーフットボール協会に対して責任を追及することはいたしません（ただし、故意又は重過失がある場合を除きます）。

西暦 年 月 日

競技者氏名 印

住所

競技者が未成年の場合

保護者氏名 印

住所

（2022年8月5日様式）



【サンプル】申請時は協会ホームページよりダウンロードして利用ください。

[ホームページへ](#)

提出者：復帰希望者 → 提出先：所属都道府県協会

「脳損傷、硬膜下血腫」受傷後の競技復帰の意思確認書（ラグビー協会宛）

_____ラグビーフットボール協会 御中

ラグビ
競技者氏名

生年月日 西暦 年 月 日

チーム名

頭部外傷病名

受傷日 西暦 年 月 日

治療期間 西暦 年 月 日 ～ 年 月 日

(競技者記入)※にレ点を入れてください

- 私は上記受傷後に医療機関にて、治療と十分な期間の経過観察を行い、現在、頭部外傷の症状はないため、フルコンタクトの練習及び試合に参加します。
今後、ラグビーの練習や試合において、既往症に起因して頭部外傷及び神経障害に罹った場合の責任は私にあり、その程度の如何によらず所属チーム、相手チーム、学校、主催団体及びラグビーフットボール協会に対して責任を追及することはいたしません（ただし、故意又は重過失がある場合を除きます）。

西暦 年 月 日

競技者氏名 印

住所

競技者が未成年の場合

保護者氏名 印

住所

(2022年8月5日様式)



【サンプル】申請時は協会ホームページよりダウンロードして利用ください。

[ホームページへ](#)

提出者：担当医師 → 提出先：所属都道府県協会

「脳損傷、硬膜下血腫」受傷後の競技復帰の同意書（担当医師）

_____ラグビーフットボール協会 御中

アガナ
競技者氏名

生年月日 西暦 年 月 日

チーム名

頭部外傷病名

受傷日 西暦 年 月 日

治療開始日 西暦 年 月 日

治療終了日 西暦 年 月 日

（医師記入）※□にレ点を入れてください

- 本申請者は、上記頭部外傷後に、加療・経過観察期間を経て、複数回のCT/MRI検査を実施したのち、神経障害の所見及び症状が消失していることから、コンタクトを含むラグビーの競技復帰に問題がないと判断します。

西暦 年 月 日

病院名

病院住所

担当医師名

印

脳神経外科専門番号

（2022年8月5日様式）



【サンプル】申請時は協会ホームページよりダウンロードして利用ください。

[ホームページへ](#)

提出者：復帰希望者 → 提出先：都道府県協会
提出者：都道府県協会 → 提出先：支部協会
提出者：支部協会 → 提出先：日本協会

「脳損傷、硬膜下血腫」受傷後の競技復帰後の現況報告書

_____ラグビーフットボール協会 御中

フリガナ
競技者氏名

生年月日 西暦 年 月 日

頭部外傷病名

受傷日 西暦 年 月 日

復帰日 西暦 年 月 日

現況報告日 西暦 年 月 日 (復帰日より6ヶ月以降)

現況 (復帰過程、コンタクト練習開始時期、症状の発現、試合復帰、不安なことなど
復帰状況をわかりやすく記載して下さい)

(2022年8月5日様式)



ウェブサイトのURLリスト

- 日本ラグビーフットボール協会 (JRFU)
– <https://www.rugby-japan.jp/>
- JRFU 安全対策ページ
– <https://www.jrfuplayerwelfare.com/>
- 傷害への対応（申請書およびガイドライン等）
– [傷害への対応（申請書およびガイドライン等） - japanrugbycoach ページ！
\(jrfuplayerwelfare.com\)](#)

