「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）

　　　　　　　　　ラグビーフットボール協会　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、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