

1 3 - 5 - 1 競技（出場）停止書類（頭部外傷・脳振盪）（様式4：選手手帳に挟むこと）

大会名：

受傷日：

試合番号：

選手氏名：

日連登録番号：

受傷内容（傷病名）：

競技（出場）停止期間： 30 日間 90 日間 180 日間 1 年間 （ ）

停止解除予定日： 年 月 日 記載医師 ⑩

<初回診察>（試合後翌日までに受診する）

受診日：

診察所見：（神経学的所見と脳振盪症状のチェック）

検査（ X-p CT MRI ）

所見

脳振盪症状の有無： 有 無

診断と方針：

専門医（署名捺印） ⑩

<停止解除時診察>（スパarring開始前に受診する）

受診日：

診察所見：（神経学的所見と脳振盪症状のチェック）

脳振盪症状の有無： 有 無

競技再開の可否： 可 否 （追記 ）

専門医（署名捺印） ⑩

年 月 日 都道府県連医事委員長確認（署名捺印） ⑩

確認は所属都道府県外の医事委員長でもよい。その場合、確認した医事委員長は所属都道府県医事委員長へ必ず連絡する。医事委員長がいない場合は、県連責任者が署名捺印する。

（競技再開後、日連へ送付）

13-5-2 競技（出場）停止書類（頭部外傷以外）（様式4：選手手帳に挟むこと）

大会名：

受傷（発症）日：

試合番号：

選手氏名：

日連登録番号：

受傷内容（傷病名）：

記載医師

㊞

<初回診察>（受傷（発症）後速やかに受診すること）

受診日：

診察所見：

検査（ X-p CT MRI ）

所見

診断と方針：

競技（出場）停止期間（見込み）：

----- 専門医（署名捺印）

㊞

<停止解除時診察>（スパarring開始前に受診する）

受診日：

診察所見：

競技再開の可否： 可 否 （追記 ）

専門医（署名捺印）

----- ㊞

年 月 日 都道府県連医事委員長確認（署名捺印）----- ㊞

確認は所属都道府県外の医事委員長でもよい。その場合、確認した医事委員長は所属都道府県医事委員長へ必ず連絡する。医事委員長がいない場合は、県連責任者が署名捺印する。

（競技再開後、日連へ送付）

13-6 脳振盪段階的復帰プログラム

脳振盪からの競技復帰に当たっては、完全な休養から、それぞれの段階で、不調のないことを確認しながら段階的に運動（トレーニング）強度をあげることが望ましい。

競技復帰に向けての段階的なプログラムを示す。

あくまで、選手が安全にボクシング競技へ復帰するために行うものであることを認識する。

実施にあたっての注意事項

- 日数については、おおよその目安だが、極端に逸脱しないこと
- 次の段階に進むにあたっては、必ず指導者が確認を行うこと

	30日間	90日間	180日間
完全休養	7日間	21日間	30日間
軽い有酸素運動 (歩行、水泳、エアロバイク)	8日目～14日目	22日目～45日目	31日目～60日目
ステップ練習 シャドーボクシング	15日目～22日目	46日目～70日目	61日目～100日目
筋力増強トレーニング 縄跳び、ミット打ち	23日目～30日目	71日目～90日目	101日目～180日目

- 経過中に下記のような脳振盪症状がある場合や、多少でも疑問や不安事項がある場合は、必ず専門医を受診すること
 - ・頭痛 ・頸部圧迫感 ・頸部痛 ・吐き気、嘔吐 ・めまい
 - ・ものが霞んで見える ・バランスが悪い ・光に過敏 ・音に敏感
 - ・すばやく動けない感じ ・霧の中にいる感じ ・気分が良くない
 - ・集中力がない ・思い出せない ・疲れている ・混乱している
 - ・眠くなりやすい ・寝付きが悪い ・いつもより感情的 ・怒りやすい
 - ・悲しい ・神経質、不安感がある
- 経過中に不調があれば、復調後トレーニング内容を1段階戻して再開すること
- スパーリング再開前に、最終的な専門医の診断を受け、「競技再開可」の証明をもらい、都道府県連医事委員長（もしくは県連責任者）の確認を受ける
- 医事委員長は、書類を確認し、問題がなければ、競技再開の承認の署名捺印をする

附則

本ハンドブックの改廃は理事会の議決を経て行い、令和2年10月3日より施行する。