

## 競技会以外での頭部外傷・脳振盪報告書

別紙8

選手氏名： 日連登録番号：  
 受傷日：  
 頭部外傷・脳振盪になった原因

受傷内容（傷病名）：

<初回診察>（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：

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 ㊟

専門医（署名捺印） ㊟

<停止解除時診察>（スパーリング開始前に受診する）

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） ㊟

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）