

## 「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）

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  
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/ 6 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(0 日目)時点で 18 歳未満でないことを確認しました。

西曆            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GRTPステージ1から3の活動にとどめました。
- ☐ その後、GRTPステージ4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  
住所