

受付 番号			

傷害報告書 1

(見舞金請求書)

チーム 代表者	住所	〒			提出日			年	月	日
	氏名	印 TEL			都道府県協会	三地域協会	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							
	(フリガナ) 口座名義	TEL			協会					

団体登録番号	<input type="text"/>	団体名	<input type="text"/>
JRFU共通個人ID	(ふりがな) 氏名	(<input type="text"/>)	年齢 <input type="text"/> <input type="text"/> 歳

傷害内容 または傷病名	<input type="text"/>																																					
傷害発生年月日	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	<input type="text"/>	日	傷害発生時刻	<input type="text"/>	<input type="text"/>	時頃																							
傷害発生状況	<input type="checkbox"/>	1. 試合	<input type="checkbox"/>	2. 練習試合	<input type="checkbox"/>	3. 練習	<input type="checkbox"/>	4. その他	受傷時の 試合時刻	<input type="checkbox"/>	1. 前半	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	分頃	受傷 機転	<input type="checkbox"/>	1. スクラム	<input type="checkbox"/>	2. タックルして	<input type="checkbox"/>	3. タックルされて	<input type="checkbox"/>	4. ラック	<input type="checkbox"/>	5. モール	<input type="checkbox"/>	6. その他()											
(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。																																						
(例) 左にパスをしようとしたところ右前方より右大腿部にタックルされ、倒れた上を乗りかかられた時に右膝を負傷した。																																						
試合名	<input type="text"/>											対戦 チーム名	<input type="text"/>											<input type="checkbox"/>	1. 公式	<input type="checkbox"/>	2. 非公式											
マウスガード	<input type="checkbox"/>	1. 装着(カスタムメイド)	<input type="checkbox"/>	2. 装着(市販品)	<input type="checkbox"/>	3. 非装着	コンタクトレンズ	<input type="checkbox"/>	1. 装着	<input type="checkbox"/>	2. 非装着	ヘッドギア	<input type="checkbox"/>	1. 装着	<input type="checkbox"/>	2. 非装着																						
受傷時の ポジション	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. 左プロップ	<input type="checkbox"/>	2. フッカー	<input type="checkbox"/>	3. 右プロップ	<input type="checkbox"/>	4. 左ロック	<input type="checkbox"/>	5. 右ロック	<input type="checkbox"/>	6. 左フランカー	<input type="checkbox"/>	7. 右フランカー	<input type="checkbox"/>	8. NO8	<input type="checkbox"/>	9. スクラムハーフ	<input type="checkbox"/>	10. スタンドオフ	<input type="checkbox"/>	11. 左ウイング	<input type="checkbox"/>	12. 左センター	<input type="checkbox"/>	13. 右センター	<input type="checkbox"/>	14. 右ウイング	<input type="checkbox"/>	15. フルバック	<input type="checkbox"/>	16. 未定					
天候	<input type="checkbox"/>	1. 晴れ	<input type="checkbox"/>	2. 曇り	<input type="checkbox"/>	3. 雨	<input type="checkbox"/>	4. 雪	日没前 の状態	<input type="checkbox"/>	1. 芝	<input type="checkbox"/>	2. 土	<input type="checkbox"/>	3. その他	照明	<input type="checkbox"/>	1. 有り	<input type="checkbox"/>	2. 無し	気温	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	湿度	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	℃									
レフリー	<input type="checkbox"/>	1. 在	<input type="checkbox"/>	2. 不在	資格	<input type="checkbox"/>	1. 有り	<input type="checkbox"/>	2. 無し	氏名	<input type="text"/>											ドクター	<input type="checkbox"/>	1. 在	<input type="checkbox"/>	2. 不在	氏名	<input type="text"/>										
傷害時 処置	<input type="checkbox"/>	1. レフリー	<input type="checkbox"/>	2. 監督・コーチ・指導責任者	<input type="checkbox"/>	3. 医師	<input type="checkbox"/>	4. その他()	処置の 内容	<input type="text"/>																												
体 重	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	kg	身 長	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	cm	胸 囲	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	cm	腹 囲	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	cm	頸 囲	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	cm	座 高	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	cm									
既往症	脳しんとう	<input type="checkbox"/>	頭蓋内損傷	<input type="checkbox"/>	頭部(蓋)損傷	<input type="checkbox"/>	腹部損傷	<input type="checkbox"/>	四肢骨折	<input type="checkbox"/>	膝関節損傷	<input type="checkbox"/>	日射病	<input type="checkbox"/>	高血圧	<input type="checkbox"/>	心臓疾患	<input type="checkbox"/>	糖尿病	<input type="checkbox"/>																		

審査年月日	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	<input type="text"/>	日	期限切れ	<input type="text"/>	①	<input type="text"/>	<input type="text"/>	級	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	千円
診断結果	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	②	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
														③	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
																				予備1 予備2

受付 番号			

傷 害 報 告 書 2

◇受傷機転が、[1.スクラム]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	組んだときの タイミング	<input type="checkbox"/>	1. 良い 2. 良くない 3. 悪い	D	スクラムのくずれ (コラブシグ)	<input type="checkbox"/>	1. 有り 2. 無し
E	持ち上げ (ホッピング)	<input type="checkbox"/>	1. 有り 2. 無し	F	衝突	<input type="checkbox"/>	1. 本人の頭と相手の頭 2. 本人の頭と相手の肩
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	スクラムの形態	<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. タックルしたプレイヤーの人数	
<input type="checkbox"/>	1. タックルに行つて 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イヤーの状態		D. タックラーは身体の中のどの部位でタックルに行ったか	
<input type="checkbox"/>	1. 走行中 2. その場 3. 空中	<input type="checkbox"/>	1. 肩 2. 頭 3. 腕 4. 手 5. スマザー 6. その他
E. タックルを受けたプレイヤーはどの部位にタックルを受けたか		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イヤーの結果			
<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. 振り回された 6. 突きとばされた 7. 投げとばされた		
H. タックルに行ったプレイヤー、またはタックルされたプレイヤーのタックル後の結果			
<input type="checkbox"/>	1. 頭部が相手の身体の上に乗った 2. 頭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. 振り回された 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"/>		
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頭部の高さ	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. 上がっていた 2. 下がっていた
		L. タックルに入った時の頭部の位置	
		<input type="checkbox"/>	1. 順ヘッド 2. 逆ヘッド 3. 正面
		団体名	
		傷害者氏名	

傷 害 診 断 書

年 月 日 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
傷病者名 氏名	男 女	昭和 平成 年 月 日生 歳
傷病者住所	〒□□□□-□□□□ TEL ()	

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) 初診日 平成 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	治療	<input type="checkbox"/> 保存的治療 <input type="checkbox"/> 手術的治療 (いずれかにチェックを入れる)		
6	手術日	(手術治療を行った場合記入) 1) 年 月 日 術式 2) 年 月 日 術式 3) 年 月 日 術式		
7	治療内容			
8	既往症・持病又は既存の身体障害	有 無 (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)		

以上の通り証明(診断)する。 所在地
病院又は診療所の 電話番号
平成 年 月 日 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 年 月 日
都道府県協会 受付日	三地域協会 受付日	日本協会 受付日
協会 印		