

外傷・疾病事例に関する報告書・診断書

受傷日	年	月	日	第	Q	残り	分	記載者氏名:
大会名	対戦大学:							
選手名	(ポジション:)			生年月日	年	月	日 (歳)	
大学名	(背番号:)			学年	年			
受傷部位	左右(○をつける→): 左 右 頭部 頸部 胸部 腹部 背部 肩 上腕 肘 前腕 手関節 手指 (○をつける) 股関節 大腿部 膝関節 下腿 足関節 足部 内科疾患 その他 ()						傷病名: (疑い含む)	

受傷状況概要 (前後のプレー状況、症状の推移、対応内容に関して記載してください)
(頭頸部外傷においては、特に脳振盪認識ツールの評価を行ってください)

内容を確認しました

会場責任者サイン:

(不在の場合にはチーム責任者サイン)

当連盟では、公益財団法人日本バスケットボール協会の「頭部外傷に関する注意喚起・対処について(2016/11/10付)」を踏襲しており、脳振盪が疑われた場合には医療機関の受診を義務付けております。病院受診時、以下の内容に関して記載を依頼してください。

外来担当先生 御侍史

本日はお忙しい中、選手の診察対応を頂きましてありがとうございます。
本選手は競技中に受傷し、現場での評価の結果脳振盪が疑われた選手です。
一般財団法人 全日本大学バスケットボール連盟では脳振盪が疑われた選手に関して、医療機関受診を原則義務付けております。
お忙しい中大変恐縮ではございますが、頭部CTなど含めた精査・ご加療の程、何卒宜しく願い申し上げます。
ご不明な点はいつでもご連絡いただけましたら幸いです。

一般財団法人全日本大学バスケットボール連盟 競技委員会・医科学委員会

診断名

(診断書の添付でも可)

脳振盪

頸部挫傷

頭部打撲

その他 ()

自由記載欄

医師署名

印

以上内容を全て記載した報告書を、当日ないし翌日会場到着時に本部まで提出してください。
会場担当医が内容を確認し、出場の可否を判断させていただきます。

また脳振盪の診断となった場合、当連盟においてはスポーツにおける脳振盪に関する共同声明(荻野雅宏, 他. 神経外傷. 2019; 42: 1-34.)に基づき「段階的復帰プロトコルに沿った競技復帰」を原則的に義務付けております。

練習内容や症状の変化に関してご不明な点に関しては、いつでも御相談ください。

各個人・チームにおかれましては、同指針に従った御対応をお願い致します。
選手の安全確保に関してご理解とご協力の程、何卒宜しく願い申し上げます。

〒150-0031 東京都渋谷区桜丘町27-2 第2シバビル3F
TEL 03-5459-3557 / FAX 03-5459-3558

一般財団法人全日本大学バスケットボール連盟