（公財）日本ラグビーフットボール協会　御中

**傷害診断書**

西暦　　　　　　　年　　　　月　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 |
| 傷病者氏名 | ﾌﾘｶﾞﾅ | | 男　女 | 西暦　　　　　年　　　　月　　　　日生　　　　歳 |
|  | |
| 傷病者住所 | 〒  TEL　　　　　（　　　　　　） | | | |
| 脳振盪の場合 | 脳振盪報告書提出日　　　 　年　　　月　　　日 | | | 復帰証明提出日　　　　　年　　　月　　　日 |

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）  ２）  ３） | 傷病  発生年月日 | １）　　　 　年　　　　月　　　日  ２）　　 　　年　　　　月　　　日  ３）　　　 　年　　　　月　　　日 |
| 2 | 初 診 日 | １）　 西暦　　　　　 　　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 | 検 査 | □　CT　　　□　MRI　　　その他の検査 | | |
| 6 | 治 療 | □　保存的治療　　　　□　手術的治療　　（検査・治療ともチェックを入れてください） | | |
| 7 | 手 術 日 | （手術治療を行った場合に記入して下さい）  １）　　　　　　　年　　　　月　　　　日　　術式  ２）　　　　　　　年　　　　月　　　　日　　術式 | | |
| 8 | 治療内容 |  | | |
| 9 | 既往症・持病又は既存の身体障害 | （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）  有  無 | | |
| 以上の通り証明〔診断〕する。 　　　　　　　　所在地  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　病院又は 電話番号  　　西暦　　　　　　年　　　月　　　日 　診療所の 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  　　　　[　　　　　　]－　　　　　　－（　　　　　　）　　　　　　　　　西暦　　　　　年　　　　月　　　　日 | | |
| 都道府県協会　受付日  年　　　　月　　　　日  　　　　　　　　　　　　　協会 | | 三支部協会　受付日 | 日本協会　受付日  年　　　　月　　　　日 |