（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 |