

メディカルセブンス2017

メディカルチェックリスト

所属(登録)チーム名 _____

氏名 _____ 生年月日 T ☐ S ☐ H ☐ _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 才

所属(出身)大学 _____ 大学 _____ 学部 _____ 学科 _____ 学年 _____ 年

連絡先住所 _____

連絡先電話番号 _____ E-mail _____

緊急時連絡先電話番号 _____

注:各チームの責任者は緊急時の父兄(家族)・部長への連絡先を確認しておき、緊急事態発生時には第一報を入れるように準備しておいてください。第二報以降は大会役員と連絡を密接にとり、連絡その他は役員にて行います。

- 1 ラグビー試合・練習にて手術に至る傷害の既往はありますか?(具体的に病名・手術名を記載ください)
また、サポーターなどを使用している場合は使用部位を記入してください(具体的に使用部位)

☐ ある ☐ ない ※ある場合は具体的にお書き下さい。

例 21 才 左鎖骨骨折 観血的整復術(鋼線固定)一週間入院、一ヶ月で試合復帰。

- 2 ラグビー試合・練習にて意識障害を伴う頭部外傷の既往はありますか?

☐ ある ☐ ない ※ある場合は具体的にお書き下さい。

例 21 才 試合中にタックルにて転倒、右側頭部打撲。約 30 秒間意識消失、逆行性の健忘(+)、試合後CT施行。
異常なしとのことで経過観察。三週間後には試合に復帰。

- 3 現在治療中の疾患はありますか?

例 16 才から喘息にて服薬

- 4 マウスガードは使用していますか?

☐ はい ☐ いいえ

※今大会はマウスガードの装着が義務化されています。必ず形成したマウスガードで試合に出場してください

- 5 メディカルセブンスへの参加は何回目ですか? _____ 回目

安全に留意して、自己責任においてこの大会に出場します。 御署名 _____

この度はメディカルチェックの作成にご協力ありがとうございました。

メディカルセブンスも今年で 18 年目を迎え、国内セブンスの大会でも最大の規模です。

私も関東医歯薬大学ラグビーフットボール連盟も今大会が発展し続けることを大変誇りに思っており、一方、いかに安全にラグビーを楽しむかということも医療に携わる者としての使命であると認識しております。今大会の安全対策強化の一環として、事故の予防、発生後の対応のために本票を作成し、例年参加者全員に本票への記入をお願いしております。

関東医歯薬大学ラグビーフットボール連盟

参加される方は必ず本票を記入作成し、大会当日、会場の総合受付に、各チームまとめてご提出ください。本票の提出がない場合は、大会への参加出場は認めません。

また、未提出の参加者がいたチームは失格とし次年度の参加は認めませんので御了承ください。

今回ご提出いただきました皆さまのアンケートに関しましては、関東医歯薬大学ラグビーフットボール連盟安全管理委員会、

関東協会障害安全管理委員会にて結果を集計・蓄積・検討し、事故の発生を予防する目的で学会などにおいてそのデータを使用発表することがあります。

但し、その際の個人名の秘匿、また集積したデータの保管も充分に注意して遺漏することなく行いますのでご了承ください。