

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部位でタックルに行つたか	
<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. タックルに行つたプレイヤー、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. タックルに入つた方向、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. タックルに入つた時の頭部の位置	
		<input type="checkbox"/>	1. 順ヘッド 2. 逆ヘッド 3. 正面
		団体名	
		傷害者氏名	