

スポーツ脳振盪 診断補助カード

所属チーム _____

名前 _____

年齢 _____

主なポジション _____

以下の項目にあてはまれば○、あいまいな場合には△をつける

月/日	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
今日の練習や試合で頭を強くぶつけましたか											
その時一瞬でもクラッとした											
その後途中で練習や試合の内容がわからなくなった											
その後練習や試合の内容を思い出しにくくなった											
ぶつけたけど以上のことはなかった											
ぶつけた人は今、次の様に感じますか ぶつけていない人もチェックして下さい											
頭が痛い 頭が重い											
気持ち悪い											
吐き気がする											
めまいがある											
バランスをとりにくい											
耳鳴りがする											
耳がふさがった感じがする											
目を閉じると星や光がみえる											
物が二つにみえる、見えにくい											
言葉を話しにくい											
考えがまとまらない											
何となくイライラする											
以上のことは感じない											
昨日の睡眠時間は？ (数字で 記入)											
管理者チェック											
備考											