



I. 選手・受診者情報 / ATHLETE・PATIENT INFORMATION

氏名 / Name

生年月日 / Date of Birth

年

月

日

II. 受傷・診断情報 / INJURY & DIAGNOSIS

受傷日 / Date of injury

年

月

日

受傷時の活動 / Activity at injury

☐ 試合

☐ 組手

☐ 練習

☐ その他：

診断名 / Diagnosis

☐ 脳振盪 / Concussion

☐ 頭部外傷 / Head injury

☐ その他：

診察日 / Date of examination

年

月

日

III. 診察時の医学的評価 / CURRENT MEDICAL ASSESSMENT

1. 現在の症状 / Current symptoms

脳振盪・頭部外傷に関連する症状を認めますか？

☐ なし / None

☐ あり / Present

☐ 頭痛 / Headache

☐ めまい / Dizziness

☐ 吐き気 / Nausea

☐ 視覚症状 / Visual symptoms

☐ 平衡障害 / Balance problems

☐ 認知症状 / Cognitive symptoms

☐ その他 / Other：_____

2. 神経学的所見 / Neurological findings

☐ 異常なし / Normal

☐ 異常あり / Abnormal 所見 / Findings：

3. 運動負荷・競技復帰の評価 / EXERTIONAL & RETURN-TO-SPORT ASSESSMENT

適切な運動負荷・段階的競技復帰を実施した結果：

☐ 症状の再発・増悪なし / No recurrence or worsening of symptoms

☐ 症状の再発・増悪あり / Symptoms recurred or worsened

☐ 未評価 / Not assessed

IV. 医学的クリアランス / MEDICAL CLEARANCE

☐ 競技復帰可 / CLEARED FOR RETURN TO TAEKWONDO

私は本選手を診察し、上記の医学的評価をふまえて競技への復帰が可能と判断します。

I certify that the athlete mentioned above is medically cleared to return to taekwondo, including contact, sparring and competition, with respect to the above concussion/head injury.

☐ 競技復帰不可 / NOT CLEARED FOR RETURN TO TAEKWONDO

V. 診察医 / MEDICAL EXAMINER

医師氏名 / Physician's Name

専門科・資格 / Specialty / Qualification

医療機関名 / Medical Institution

所在地 / Address

電話 / Tel

E-mail

診察日 / Date of examination :

年

月

日

医師署名 / Physician's Signature :

医療機関印・医師印 / Official Stamp or Seal

【重要 / IMPORTANT】

本書は、脳振盪または頭部外傷後の医学的な競技復帰判断を証明するものです。

大会・合宿・遠征等への参加資格については、AJTA その他主催者が定める現行規定に従います。

This form certifies the physician's medical clearance for return to taekwondo following concussion or head injury. Competition eligibility remains subject to the applicable rules and administrative requirements of the governing organization.

一般社団法人 全日本テコンドー協会 / All Japan Taekwondo Association (AJTA)

〒160-0013 東京都新宿区霞ヶ丘町 4-2 Japan Sport Olympic Square 601

TEL 03-6812-9023 FAX 03-6812-9024