

#### 4 医師管理下復帰プログラム(対象は一般のみ、高校生以下を含まない)

| レベル  | リハビリテーションステージ<br>必要な期間    | 運動範囲   | 必要条件                                 |
|------|---------------------------|--|--------------------------------------|
| レベル1 | 安静期間<br>少なくとも24時間         | 症状がない状態キープ<br>体、脳の絶対安静   | 期間中無症状<br>終了時医師の診察を受け、次のレベルへの移行許可を得る |
| レベル2 | 軽い有酸素運動<br>少なくとも24時間      | 10～15分間の軽いジョギング、<br>水泳、低中等度のエアロバイク、<br>筋カトレーニングはしない                        | 期間中無症状<br>終了時医師の診察を受け、次のレベルへの移行許可を得る |
| レベル3 | 競技に特化した軽度の運動<br>少なくとも24時間 | 素振り、跳躍素振り、<br>ランニング  | 期間中無症状<br>終了時医師の診察を受け、次のレベルへの移行許可を得る |
| レベル4 | 非接触性の競技関連運動<br>少なくとも24時間  | 踏み込み、跳躍を含む基本打ち<br>体当たり不可<br><br>無いという診断書を得る。同時に、次の段階へ進むこと<br>について文書にて同意を示す | 期間中無症状<br>終了時医師の診察を受け、脳震盪症状が         |
| レベル5 | 接触を含む競技関連運動<br>少なくとも24時間  | 基本稽古、体当たり、相手からの打突を受ける  | 期間中無症状<br>終了時医師の診察を受け、次のレベルへの移行許可を得る |
| レベル6 | 競技への復帰                    | すべての稽古、試合、合宿等へ<br>復帰   | 復帰                                   |

・IRBの回復プロトコルを改変して作成

・治療を終了していること、頭痛薬、睡眠薬などの脳震盪症状をわからなくする薬剤を使用していないことが前提となる

「脳震盪／脳震盪の疑い」

医師管理下の段階的競技復帰の証明書

剣道連盟 御中

競技者氏名

生年月日 年 月 日

所属チーム名

受傷日 年 月 日

段階的競技復帰の記録

- ・レベル1 年 月 日 ～ 年 月 日
- ・レベル2 年 月 日 ～ 年 月 日
- ・レベル3 年 月 日 ～ 年 月 日
- ・レベル4 年 月 日 ～ 年 月 日

上記の者は、上記の段階的競技復帰の過程を私の管理のもとで実施し、現在、脳震盪の所見および症状が無いことを証明します。

年 月 日

医師氏名 印  
住所

(競技者記入)

私は、上記の段階的競技復帰を上記医師の管理下で実施し、現在、脳震盪の症状はないため、レベル5の練習に参加することに同意します。

年 月 日

競技者氏名 印  
住所

競技者が未成年者の場合

保護者氏名 印  
住所