

マタニティヘルスチェック表（同意書）

太枠内をご記入ください

		記入日	令和 年 月 日
お名前	(フリガナ)	生年 月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)
	〒		
住所			
電話番号	- -		
緊急時の 連絡先	(フリガナ)	続柄	電話番号 - -
	お名前		
分娩 予定日	令和 年 月 日	初産・経産 (人目)	

該当するものに○をつけ、必要事項をご記入ください。

- () 過去に3回以上の流産の既往がある
() 高血圧と言われたことがある
() 糖尿病・心臓病の既往がある
() 整形外科的な疾患がある【
() 医師による運動の制限がある

医療法人社団紡世会 マタニティケアホームつむぎ 施設長 殿

- 現在の健康状態について以上の通り相違ありません。
 参加にあたりマタニティヨガが安全で効果的なエクササイズであることを理解し、また運動に関係なく一般的に流産が全妊娠例の10~15%あることを認識しています。
 常に自己の責任において健康状態に留意してレッスンに参加することに同意します。
同意いただける場合は上記(□)にチェックをお願いします。同意いただけない場合はレッスンに参加できません。

令和 年 月 日

ご署名

- 参加の予約はインターネット予約システム「アットリンク」からお願いします。
- こちらの用紙は、医師の発行した「許可証」と共にマタニティヨガ初回参加の際に持参してください。用紙を忘れた場合はレッスンには参加できません。