

マタニティヨガ 参加申込書および同意書

この度は、茅場町女性鍼灸院 マタニティヨガコースにお申込みいただき、ありがとうございます。
本ヨガコース参加に際して、以下内容をご確認の上、必要項目にご回答いただき、ご署名による同意をお願いいたします。

1	現在妊娠 16 週目以降で、医師の許可を得ています。	はい・いいえ
2	インストラクターの指導のもと、安全に注意をはらい、常に自己責任のもと、自己の身体的限界を超えない範囲でクラスに参加します。	はい・いいえ
3	体調のすぐれない時は本ヨガコースに参加しません。	はい・いいえ
4	医師から安静の指示が出ている期間は本ヨガコースに参加しません。	はい・いいえ
5	妊娠経過や健康に不安がある時には、必ず医師に相談し、医師の許可を得た上で本ヨガコースに参加します。	はい・いいえ
6	万が一、レッスン中に体調の変化（お腹の張り、破水感、出血、気分不快など）に気付いた時には、ただちに本ヨガコースでのレッスンを中断し、スタッフに申し出ます。（途中退室の場合でもコース受講料の返金がないことを了承します。）	はい・いいえ
7	マタニティヨガ、または、その他の運動に関係なく、一般的に全妊娠の 10～15%は胎内死亡を含めて、流産や早産が起こることを認識しています。	はい・いいえ
8	妊婦さんとお腹の中の赤ちゃんの安全を第一に考えて、本ヨガコースへの参加をお断りさせていただくこともあります。	了承・拒否

【健康状態の確認欄】※該当するものに☑マークをつけて下さい。

- 過去3回以上の流産の経験がある
- 高血圧といわれたことがある（140/90 以上）
- 整形外科的な疾患がある
- 医師から運動を制限するよう指示が出ている（安静を促されている）
- 上記に当てはまるものがあるが医師により参加の許可を得ている

マタニティヨガ参加にあたり、現在の健康状態について、上記の通りに相違なく、上記内容を順守することを約束して、参加申し込みをします。

（西暦） 年 月 日 ご本人ご署名： _____

出産予定日：（西暦） 年 月 日 初産 / 経産 （ 人目）

通院施設名： _____ 担当医師： _____

電話番号 ： _____

茅場町女性鍼灸院

東京都中央区日本橋茅場町1丁目13-15 新居ビル5F
03-5614-0188