

マタニティ・ヨーガ参加同意書

ヨーガ受講日からさかのぼって1週間以内に記入し当日お持ちください

氏名 _____ (_____ 歳)
出産予定日 _____ お産の経験 _____ 初めて _____ ・ (_____)回目
住所 _____ ・
電話番号 _____ ・ 携帯電話番号 _____ ・
緊急連絡先 _____ ・
妊婦健診を受けている医療機関 _____ ・
(当院の受診歴のある方)診察券番号 _____ ・

下記の内容を必ず読んで該当するものの□に、チェックをつけてください。

- 1、現在妊娠 20 週 0 日を超えている。
- 2、高血圧・妊娠高血圧症候群と言われていない(140/90 どちらか一方でも超えない)
- 3、子宮収縮抑制剤(おなかの張り止めの薬)を内服していない。
- 4、胎盤の位置が低いもしくは前置胎盤と言われていない。
- 5、早産の経験がない。
- 6、糖尿病、心臓病、腎臓病などの既往がない。
- 7、受診している医療機関からマタニティー・ヨーガを行うことに対し了承を得られている

※一つでもチェック漏れがある場合は受講できません。

※7は必ず妊婦健診時に医師に確認を行って下さい。

※妊娠経過の状態や実施前の測定結果によっては当日お受けできない場合もありますのでご了承ください。

現在の健康状態について以上の通り相違ありません。マタニティー・ヨーガの参加にあたり、妊娠中の運動について安全で効果的であることを理解し、また運動に関係なく一般的に早産が起こりえ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レッスンに参加することを同意します。

記入年月日 年 月 日 署名