

ふれあいマタニティフィットネス参加申込み書

ふりがな

氏名

生年月日

(歳)

住所

電話番号

カルテNo.

※1 診察券をご確認ください

妊娠経過証明書

妊娠 週

過去に流産を3回以上繰り返していない。
合併症や感染症が認めない。

以上、現在まで妊娠経過に異常が認められない。

ふれあい横浜ホスピタル

医師名

同意書

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、ふれあい横浜ホスピタルフィットネスプログラムが、日本マタニティフィットネス協会のデータに裏付けられた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胎内死亡を含む流産が全妊娠例の数%あることを認識しています。参加にあたり、主治医の診察後、開始・中止を本人が決定し、自己責任において健康状態を留意し参加する事に同意します。

- 体調がすぐれない時に、レッスンに参加しません。
- レッスン参加の際、少しでも体調の変化に気付いた場合は、すぐに申し出て中止します。
- 参加にあたっての規則を守ります。

平成 年 月 日

ご署名

本人

印

同意者

印 続柄 ()

ふれあい横浜ホスピタル