マタニティヨガ参加申込書および同意書

この度は、助産院ら・くなのマタニティヨガにお申込みいただき、ありがとうございます。
本クラスに参加するにあたり、下記の内容をご理解の上、同意のご署名をお願いいたします。

1	妊娠 16 週目以降、または安定期に入っていて、医師の許可を得ています。	はい ・ いいえ
2	講師の指導のもと、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クラスに参加しません。	はい ・ いいえ
4	医師から安静の指示が出ている期間はクラスに参加しません。	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 クラスに参加します。	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、クラ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 回以上の流早産の経験がある
☐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も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：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

配偶者ご署名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

出産予定日：　　年　　月　　日　　初産　／　経産　（　　人目）

通院施設名：　　担当医師：

電 話 番 号：