

同意書

ふりがな					
氏名:	血液型:	型	生年月日:	昭和・平成	年 月 日生 () 歳
緊急連絡先お名前:	続柄:	電話番号:			
担当医:					

わたしは、マタニティヨガの受講にあたり、以下の内容を理解し同意の上受講致します。

- 1 医師より、マタニティヨガの運動をしてもよいと、許可を得ています。
- 2 体調のすぐれないときはレッスンに参加しません。
- 3 医師から安静の指示が出ている期間はレッスンに参加しません。
- 4 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）に気づいたときには、ただちにレッスンを中断し、インストラクターに申し出ます。
- 5 常に自己責任と管理のもと、健康状態に留意しレッスンに参加いたします。
- 6 当施設が医療機関ではないこと、インストラクターに医師の資格がないことを理解し、妊娠経過や健康面で不安が現れた場合は担当医に相談してから参加いたします。



☞健康状態確認欄（健康状態によってはレッスンの受講をお断りすることがあります。）

該当するものに○をつけ、必要事項をご記入ください。

- () 妊娠16週以降である。
- () 過去に3回以上の流産の経験がある。
- () 高血圧と言われたことがある。（140/90mmHg以上）
- () 糖尿病・心臓病の既往がある。
- () 整形外科的な疾患がある。具体的に ()
- () 血液検査で異常を指摘されたことがある。（高脂血症と診断された）
- () 医師による運動の制限がある。

☞過去にあてはまる事項はありますか？（○をつけてください）

- ・はい (流産 ・ 切迫流産 ・ 早産 ・ 帝王切開)
- ・いいえ

☞妊娠期間中に特に気になっていることがあれば、お知らせください。



現在の健康状態について以上のとおり相違ありません。また、万が一異常が起こりましても異議の申し立てはいたしません。

受講者ご署名 _____ 印 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

受講者ご家族ご署名 _____ 印 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日