

マタニティヨーガ参加申込書及び同意書

クラスに参加するにあたって、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

私は、マタニティヨーガの受講にあたり、以下の内容を理解し同意の上受講いたします

-
- 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 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 マタニティヨーガ、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 健康状態確認欄（健康状態によっては、教室の受講をお断りすることがあります） はい ・ いいえ
-

該当するものに○をつけ、必要事項をご記入ください

- () 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。（ ）
- () 血液検査で異常を指摘されたことがある（もしくは高脂血症と診断された）
- () 医師による運動の制限がある。（ ）

現在の健康状態について以上のおり相違ありません。また、万一異常が起こりましても意義の申し立てはいたしません
上記を承諾し遵守することを約束して、参加申し込みを致します

令和 年 月 日 受講者ご署名： 印

配偶者ご署名：

出産予定日： 平成 年 月 日 初産 / 経産（ 人目）

通院施設名： 担当医師：

電話番号： 担当医署名：