

記入日 年 月 日

マタニティーPilates 同意書

診察券番号		生年月日	S・H	年	月	日 (歳)
氏名						
住所						
携帯番号						
出産予定日	H	年	月	日	初産・経産 (回)	
妊娠週数	週		血液型			

同意項目

- ① 現在の妊娠が正常で、かつ既往妊娠に早産や反復する流産がない
- ② 妊娠 16 週以上である
- ③ 絶対的禁忌ではない (心疾患、破水、早期の陣痛、多胎、不正出血、前置胎盤、子宮頸管無力症)
- ④ 感染症の可能性がない
- ⑤ 医師の許可をもらっている
- ⑥ 運動は自己責任で行い、自身の健康状態に細心の注意を払う事

マタニティーPilates 前に事前検診において医師の許可が下りなかった場合、当日の受講はいたしません。

受講中に少しでも体調の変化に気づいた場合、即時申し出をして受講を中止します。

私はマタニティーPilates、マタニティー運動が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児死亡を含む流産早産が全妊娠例の約 15%あることを認識しています。

なお、私の家族も上記のことを理解した上で受講に賛成しています。

私は上記項目に同意します。

署名

印

※ご記入頂いた患者さまの情報はこの事業のみに利用し、それ以外の目的には利用致しません。