

マタニティヨーガクラス参加申込書・同意書

このたびは利根中央病院マタニティヨーガクラスにお申込みいただきありがとうございます。
クラスに参加するにあたって下記の内容についてご理解の上、ご署名をお願いいたします。

私は、下記内容について承諾いたします。

1. インストラクターの指導のもと、安全に注意をはらい、常に自己の責任と管理のもと、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。
2. 体調のすぐれない場合、風邪症状がある場合、コロナウイルス感染症に同居家族が罹患された場合、罹患された方との会食があった場合など、自己判断せず参加前に必ず連絡します。
3. 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。
4. 妊娠経過や健康に不安があるときには、必ず医師に相談し、医師の許可を得たうえで参加します。
5. 万一、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。
6. マタニティヨーガ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全妊娠の10%~15%に胎内死亡を含む流産や早産が起こることを認識しています。
7. 所持品の管理は自ら責任をもって行い、所持品の破損や紛失に関しても自ら責任を負います。
8. その日の体調によっては、受付後レッスン開始前に参加をお断りいただくこともあります。妊婦さんとお腹の赤ちゃんの安全を第一に考えての対応となりますので、何卒ご協力をお願いいたします。

健康状態確認欄

該当するものに✓(チェックマーク)をつけてください。

健康状態によっては、参加をお断りすることがあります。

- 過去に3回以上の流産の経験がある。
- 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。
- 医師から安静や運動を制限するよう指示が出ている。
- 上記内容に当てはまるものはあるが、医師より参加許可を得ている。

現在の健康状態について上記のとおり相違なく、マタニティヨーガクラス参加にあたり、上記を承諾し遵守することを約束して、参加申し込みをいたします。

年 月 日

ご署名 _____

住所 _____ 電話番号 _____

生年月日 年 月 日 初産・経産 () 人目

出産予定施設 当院 他院 (施設名:)