

マタニティエクササイズ 参加同意書

年 月 日

氏 名 _____ 血液型 _____

生年月日 _____ 年 月 日

住 所 〒 _____

電話番号 _____ () _____ 携帯 _____ () _____

緊急連絡先(ご家族の連絡先など) お名前 _____ 電話番号 _____ () _____

現在通院している病院名 _____ 出産予定日 _____ 年 月 日

住 所 _____ 電話番号 _____ () _____

問 診 票 該当するものに○をつけ、必要事項をご記入ください。

1. 過去に行っていた運動はありますか？

ない ・ ある → _____

2. 現在行っている運動はありますか？

ない ・ ある → _____

3. 過去に3回以上の流産の経験がありますか？

ない ・ ある → _____

4. 医師による運動の制限がありますか？

ない ・ ある → _____

5. 過去に大きな病気（糖尿病、高血圧症、心臓病など）、ケガ（整形外科的な疾患含む）をしたことがありますか？

病気：ない

ある → 病名： _____ / _____ 年前 / 治癒 ・ 治療中

ケガ：ない

ある → 病名： _____ / _____ 年前 / 治癒 ・ 治療中

6. ご家族の中で大きな病気にかかった方がいますか？

ない ・ ある → _____ / 続柄

7. エクササイズ参加に対するパートナー（夫など）の同意は得ていますか？

はい ・ いいえ

現在の健康状態については、以上のとおり相違ありません。参加にあたり、「マタニティエクササイズ」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全妊娠例の約15%に流産があることを認識しています。常に自己の責任において健康状態に留意し、レッスンに参加することを同意します。

平成 年 月 日

ご署名 _____ 印

「マタニティエクササイズ」参加に関するご注意

妊娠中の健康管理に関する第一責任者はご本人、第二は主治医です。マタニティエクササイズの参加・中止・終了に関しては医師のアドバイスによりご本人が決定してください。

主治医の了解（妊娠経過証明書） → ご本人の理解（同意書） → レッスン前のメディカルチェック

参加いただけるのは、

妊娠 16 週～分娩直前までの、正常妊娠の妊婦さんです。

<ご参加いただけない場合>

- ①習慣流産（現在の妊娠が正常妊娠であっても参加できません）
- ②子宮頸管不全症
- ③妊娠高血圧症候群
- ④前置胎盤
- ⑤強いおなかの張りや腹痛が頻繁に起こる
- ⑥重度の心臓病、糖尿病、腎臓病などの合併症を伴う
- ⑦子宮内胎児発育遅延

※ その他、レッスン開始前の医療者によるメディカルチェックにおいて、参加ができないと認められた場合。

下記の場合は、主治医とよくご相談ください

- ①軽症妊娠高血圧症候群
- ②軽症の糖尿病、心臓病、本態性高血圧症など合併症を伴う
- ③多胎妊娠（双子、三つ子など）
- ④妊娠末期の骨盤位（逆子）
- ⑤妊娠性貧血症
- ⑥妊娠悪阻（つわり）
- ⑦軽症運動器疾患

以上