

# マタニティビクス参加同意書・許可証

《本人記入欄》

聖路加助産院マタニティケアホーム 所長 殿

氏名.....(.....歳)

出産予定日.....お産の経験.....初めて.....(.....)回目

住所.....

電話番号.....携帯電話番号.....

緊急連絡先.....

妊婦健診を受けている医療機関.....

(聖路加国際病院の受診歴のある方) 診察券番号.....

該当する方に、✓をつけてください。

はい いいえ

- |                                  |         |         |
|----------------------------------|---------|---------|
| 1. 現在妊娠 16 週未満である。               | (.....) | (.....) |
| 2. 過去に 3 回以上流産の経験がある。            | (.....) | (.....) |
| 3. 高血圧といわれたことがある (140/90 以上)。    | (.....) | (.....) |
| 4. 糖尿病、心臓病、腎臓病などの既往がある。          | (.....) | (.....) |
| 5. 子宮収縮抑制剤 (おなかの張り止めの薬) を内服している。 | (.....) | (.....) |
| 6. 胎盤の位置が低いもしくは前置胎盤といわれている。      | (.....) | (.....) |
| 7. 何らかの病気で医療施設に通院している。           | (.....) | (.....) |

「はい」の方は病名をご記入ください。

.....

- |                        |         |         |
|------------------------|---------|---------|
| 8. 血液検査で異常と指摘されたことがある。 | (.....) | (.....) |
|------------------------|---------|---------|

「はい」の方は項目をご記入ください。

.....

**\* 1~6 に一つでも該当する方は、受けることができません。7,8 については受けられない場合があります。**

現在の健康状態について以上の通り相違ありません。マタニティビクスの参加にあたり、妊娠中の運動について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流産が起こり得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。

年 月 日

署名.....印

《医師記入欄》

聖路加助産院マタニティケアホーム 所長 殿

上記妊婦について妊娠経過に異常ありません。

健康状態に留意し、聖路加助産院マタニティケアホームのマタニティビクスに参加することを許可します。

年 月 日

医療機関名称.....

住所.....電話番号.....

医師.....印