

マタニティヨガ参加申込 兼 同意書

年 月 日 現在

妊婦氏名： 年齢： 電話番号：
住所：

緊急連絡先の氏名： 続柄： 電話番号：

産婦人科名： 電話番号：
住所：

問診票

- 1) 現在、妊娠何週目ですか？ () 週目
- 2) 医師による運動制限がありますか？ ない・ある
ある方は詳しく記入 ()
- 3) 大きな病気やケガをしたことがありますか？ ない・ある
ある方は詳しく記入 ()
- 4) 胎動を感じますか？ 感じる・感じない
- 5) 過去に流産経験がありますか？ ない・ある () 回
- 6) 気になる症状があれば○をつけてください。(複数回答可)

痛み (頭、首、肩、腰、背中、そけい部、恥骨周囲、お尻、手首、乳房)
むくみ・しびれ・肩こり・静脈瘤・足のつり・便秘・トイレが近い・吐き気
だるさ・眠気・寒気・つわり症状・気分の不安定や落ち込み(マタニティーブルー)

その他、気になることやご質問などご自由にご記入ください。
()

同意書

現在の健康状態は上記の内容に相違ありません。マタニティヨガを行うことを
担当医師に承諾され、マタニティヨガが安全な運動であることを理解し行います。
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に同意します。

年 月 日 ご署名

※個人情報は安全にヨガクラスを行うために使用します。
また緊急連絡先は、万が一緊急な対応が必要になったときのみ使用いたします。