

マタニティビクス・ソフトマタニティエクササイズ申込書

受付日(病院記入欄) 令和 年 月 日

フリガナ

氏名 出産予定日 年 月 日

生年月日 年 月 日生 歳 血液型 型

郵便番号 〒 -

住所

電話番号 携帯番号

緊急連絡先 お名前 続柄 電話番号

※菅間記念病院以外に通院中の方は、以下もご記入下さい。

通院している病院名

病院の電話番号

同意書

下記事項をご理解いただき、署名捺印をお願い致します。

同意事項

- マタニティビクス前の事前健診において、助産師の許可が下りなかった場合は、当日の参加を中止します。
- マタニティビクス・ソフトマタニティエクササイズ参加中に、少しでも体調の変化に気付いた場合は即時申し出をし、参加を中止します。
- 別紙『マタニティビクス・ソフトマタニティエクササイズへの参加に関する注意事項』を理解し、また記載されている内容を厳守したうえで安全に参加します。
- 私は、マタニティビクスが日本マタニティビクス協会のデータに裏付けられた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自然流産は全妊婦の約15%(妊娠12週未満13%・妊娠12週以降:1.5%)に起こることを理解しています。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に同意します。

社会医療法人 博愛会 菅間記念病院 殿

私は、上記事項に同意します。

署名 印

家族署名 続柄 印