

～マタニティスイミングを開始される方へ～

当スクールは、開設 30 年の実績と今までご体験された多くの方に大変好評で、問題の事例も特にございません。しかしながら、マタニティの日常生活は日々変化されるものであり、突然の諸問題などはマタニティスイミングの参加に関わらず起こることもあります。

当スクールでは、十分な配慮をいたしておりますが、ご自身の体調・健康管理には十分注意し、下記の同意書にご記入ください。

マタニティスイミング同意書

入会に当たり、主治医(担当医師)の診断書を添えて規則を承諾の上、入会の申込みをいたします。

なお、配偶者(夫)も上記のことを認識、理解した上で入会に同意しているので連名で署名します。

貴施設のマタニティスイミング入会にあたり自身の健康管理について責任を負い、指導員・助産師の指示に従います。

- ・ 体調のすぐれない時はレッスンに参加いたしません。
- ・ 貴クラブ内にてレッスン参加の際少しでも体調変化等に気づいた場合はすぐに申し出てください。
- ・ 階段、ロッカールーム、シャワー利用時の転倒には十分注意します。
- ・ 感染症等には十分注意します。

私は上記事項に同意いたします。

スポーツアカデミー新城 支配人 殿

年 月 日

ご本人の署名..... 印 (才)

ご主人の署名..... 印

住所 〒
.....

電話番号..... 出産予定日 年 月 日頃

通院産婦人科施設名 主治医(担当医).....

通院先住所または電話番号.....

受付担当者.....

マタニティスイミング入会許可証明書

フリガナ	会員NO	生年月日	西暦	年	月	日生
氏名		予定日	西暦	年	月	日生
		妊娠週数				
住所			電話番号			
〒(-)						

★医師のチェック項目

※下記項目のチェックをお願いいたします。

- ☐ 妊娠15週目以降である
- ☐ 過去に、流産・早産を2回以上繰り返していない
- ☐ 子宮口が閉じている
- ☐ トリコモナス・カンジタにかかっていない
(ある場合は治療後の期間 ヶ月)
- ☐ 特別の合併症がない

★ご意見

上記の者は現在のところ異常のないことを認めます。

医師

住所

氏名

年 月 日

印

★備考欄



心と健康のスポーツコミュニティ

スポーツ アカデミー 新城

ファイル	担当	S

※ホームページからダウンロード可能