

マタニティヨガレッスン参加同意書

私は、LIPS のレッスンを受講するにあたり、以下の内容を十分に理解した上、これに同意いたします。

1. 現在診察を受けている主治医の許可を得ています。
2. 体調のすぐれないときは参加いたしません。
3. 医師から安静の指示が出ている期間はクラスに参加しません。
4. 妊娠経過や健康に不安があるときには、必ず医師に相談し、医師の許可を得たうえでクラスに参加します。
5. レッスン中、少しでも体調の変化に気づいた場合は直ちにスタッフに申し出てレッスンを中止いたします。
6. 運動に関係なく、一般的に体内脂肪を含む流産や早産が全妊娠例の 10%~15%存在することを理解しています。
7. 妊婦さんとお腹の中の赤ちゃんの安全を第一に考えて、クラスへの参加をお断りさせていただくこともあります。
8. 常に自己責任の管理のもと、母子の健康状態に留意しレッスンに参加します。

【健康状態の確認欄】※該当するものに☑マークをつけて下さい。

- 過去 3 回以上流産の経験がある
- 高血圧といわれたことがある (140/90 以上)
- 整形外科的な疾患がある
- 医師から運動を制限するよう指示が出ている (安静を促されている)
- 上記に当てはまるものがあるが医師により参加の許可を得ている
- 上記に当てはまるものはない

私は、上記事項に同意し、万が一レッスン参加中の不慮の事故が起きても異議の申し立ては致しません。また、レッスンを受講するにあたっての、一切の責任は私自身が負うものとします。

平成 年 月 日

ご本人の署名 _____ ご主人の署名 _____

住所 _____

電話番号 _____ 生年月日 _____ 年 月 日

出産予定の産院 _____ 担当医師 _____

産院の連絡先 _____
(電話番号等) _____ 出産予定日 _____ 年 月 日

かかりつけの病院 (出産予定の産院と別の場合は記載ください)

病院名 _____ 連絡先 _____

緊急連絡先 _____ (続柄: _____) 緊急電話番号 _____