

# 同意書

## (メディカルチェックシート)

西暦 年 月 日現在

氏名 \_\_\_\_\_

住所 〒 \_\_\_\_\_

電話番号 ( ) \_\_\_\_\_

携帯番号 ( ) \_\_\_\_\_

緊急の連絡氏名 \_\_\_\_\_

緊急の連絡先電話番号 ( ) \_\_\_\_\_

生年月日 西暦 年 月 日生  
( 才 )

血液型 \_\_\_\_\_ 型

現在通院されている病院医療機関名 \_\_\_\_\_

上記医療機関の電話番号 ( ) \_\_\_\_\_

該当するものに○をつけ、必要事項をご記入下さい

<input type="checkbox"/>	過去に3回の流早産の経験がある
<input type="checkbox"/>	高血圧と言われたことがある(140/90以上)
<input type="checkbox"/>	糖尿病・心臓病の既往がある
<input type="checkbox"/>	整形外科的な疾患がある ( )
<input type="checkbox"/>	血液検査で異常を指摘された又は高血圧症と診断された
<input type="checkbox"/>	医師による制限がある ( )

現在の健康状態について以上の通り相違ありません。

当クリニック(フェアリーベルクリニック及び医療法人葵鐘会の属するクリニック)のレッスン参加にあたり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づ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内死亡を含む流早産が全妊娠例の約10~15%あ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。

西暦 年 月 日

ご署名 \_\_\_\_\_ 印