

主治医殿

マタニティコース開始時検診のお願い

スポーツプレックス希望が丘
マネージャー 斉藤 邦裕
担当 橋本 明日香

拝啓

私共スポーツプレックス希望が丘では、日本マタニティビスク協会が数々の医学データに基づいて作り上げた、安全で効果的なマタニティコースを行っております。

過剰な体重の増加防止、お産に関わる筋力や持久力の保持、不定愁訴の予防や緩和など、精神面や産褥期への好影響などからも参加者の皆様から高く支持されている運動プログラムです。

現在妊娠13週以降の、妊娠経過の正常な方を対象にご入会頂いております。

つきましては、ご入会を希望されている妊婦さんに、下記証明書の項目内容におきましてご診療いただきたくお願い申し上げます。

敬具

マタニティコース入会許可証明書

<本人記入欄>

ふりがな				生年月日	
氏名				西暦	年 月 日 (歳)
住所	〒				
	TEL ()				
出産予定日	西暦	年	月	日	妊娠週数 週

<担当医記入欄>

下記項目のチェックをお願い致します。

現在、妊娠 週である
(初産 ・ 経産)
特別の合併症がない

過去に流産を3回以上繰り返していない

感染症にかかっていない

特記事項()

以上、現在までの妊娠経過に特に異常のないことを認めます。

年 月 日

医療機関名 _____ 医師名 _____ 印 _____

住所 〒 _____ 電話番号 () _____