

担当医 殿

マタニティコース開始時検診のお願い

拝啓 私共スポーツプレックスたまブラーザでは妊婦さんの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解など様々な効果のあるマタニティコースを行っております。マタニティコースは日本マタニティビクス協会が数々の医学データに基づいてつくりあげた安全で効果的な妊婦さんのための運動プログラムです。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おり、現在妊娠14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、ご入会を希望していらっしゃる妊婦さんに、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

スポーツプレックスたまブラーザ

マネージャー 宿利 武生

マタニティコース入会許可証明書

ふりがな		生年月日	年 月 日	妊娠週数
氏名		出産予定日	年 月 日	
住所	〒		電話番号 ()	

下記項目のチェックをお願い致します。

- | | |
|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 妊娠 週 | <input type="checkbox"/> 過去に流産を3回以上繰り返していない |
| <input type="checkbox"/> 特別の合併症がない | <input type="checkbox"/> 感染症にかかっていない |
| <input type="checkbox"/> 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 () _____