

# マタニティエクササイズ参加同意書

【参加者名】

\_\_\_\_\_

【妊娠周期】

\_\_\_\_\_ 週

現在までの妊娠経過に参加不適切症状は見受けられず、その他異常は認められませんので、マタニティエクササイズの参加に同意いたします。尚、参加者の体調に異常が認められた場合は、看護師が下記医療機関に速やかに連絡し、当該医療機関は適切に医療を行うこととします。

平成 年 月 日

医療機関名 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

連絡先 \_\_\_\_\_

医師名 \_\_\_\_\_

## 《参加不適切症状等》

- ・習慣流産（過去に3回以上流産したことがある）
- ・子宮頸管無力症
- ・妊娠高血圧症候群
- ・前置胎盤
- ・腹緊が2～3分続く
- ・強い痛みのある腹緊があり発熱を伴う
- ・重度の心臓病、糖尿病、腎臓病などの合併症
- ・子宮内胎児発育遅延（FGR）などが明らかになった場合

船橋アリーナ事業課振興係  
Tel.047-461-5611

# 参加同意書

私は、家族の\_\_\_\_\_が、公益財団法人  
船橋市文化・スポーツ公社主催のマタニティエクササイズ  
教室に参加することに同意いたします。

また、レッスン中はレッスンに同行している共立習志野  
台病院のスタッフの指示に従うことに同意いたします。

平成 年 月 日

住所 \_\_\_\_\_

レッスンを受講される方のご署名

\_\_\_\_\_ (印)

同意されるご家族のご署名

\_\_\_\_\_ (印)