

マタニティヨガ同意書

1. インストラクターの指導の下で安全に注意を払いクラスを受講します。
2. 参加者の健康状態は良好でありレッスン参加に問題がないことを承諾します。
【心疾患・呼吸器疾患・頸管無力症・持続する性器出血・前置胎盤・低置胎盤・
前期破水・切迫流産・切迫早産・妊娠高血圧症候群と医師に診断されていません】
3. 現在妊娠 16 週～36 週であり、妊娠経過に問題はありません。
4. レッスン中に体調などに異常が生じた場合はレッスンの参加を中止し、インストラクターまで報告をします。
5. ヨガの受講は治療・診断を目的としたものではなく、心身の健康を向上させる技術と知識を得るためである主旨を十分に理解した上で受講します。
6. 私物の紛失や盗難などの責任は自身で負うことを承諾します。

徳島市民病院殿

私は上記内容に同意し、マタニティヨガクラスを受講します。

年 月 日

氏名：_____

受講日の妊娠週数 : _____ 週 _____ 日

ID（診察券の番号） : _____

生年月日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日

徳島市民病院