

妊娠経過証明書

ハイハット・スタジオ御中

住 所 〒 _____

氏 名 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

妊娠 _____ 週

過去に流産を3回以上繰り返していない

特記事項

(_____)

以上、現在までの妊娠経過に特に異常は認められません。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名称 _____

住 所 〒 _____

電話番号 _____

医師名 _____ 印

こちらの面は妊婦様ご自身で入会までにご記入下さい。

| | | |
|--------------|----|----|
| 入会日 年 月 日 | 受付 | 事務 |
|--------------|----|----|

■ご入会までにご記入下さい。

| | |
|------------|--------------|
| 氏名 | 出生予定日 年 月 日 |
| 生年月日 年 月 日 | 初産・経産 () |
| 住所 〒 | 身長 (cm) |
| | 妊娠前体重 (kg) |
| 電話番号 - - | 通院施設 () |
| 携帯番号 - - | 出産施設 () |

■問診票 ~ 確答するものに○を付け、必要事項をご入会までにご記入下さい。

- 過去に行っていた運動はありますか？
 ない あり → ()
- 現在行っている運動はありますか？
 ない あり → ()
- 過去に大きな病気(糖尿病・心臓病等)、ケガ(整形外科的な疾患含む)をしたことがありますか？
 ない あり → (病名: . 年前 . 治癒/治療中)
 → (病名: . 年前 . 治癒/治療中)
- 家族の方で大きな病気にかかった方がいますか？
 ない あり → (病名: . 続柄)
 → (病名: . 続柄)

■レッスンスタート時に①を、ご出産の日が近くなりましたら②③をご記入下さい

| | 日付 | 妊娠週数 | 体重 | 増加体重 | 参加回数 |
|---------------------|----|------|----|------|------|
| ① マタニティビクス スタート時 | / | 週 | kg | | |
| ② マタニティビクス 終了日 | / | 週 | kg | | |

③ マタニティビクスのご感想をお書き下さい。