

## 【マタニティークラス参加許可証明書】

氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

住所 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 歳

妊娠週数 \_\_\_\_\_ 週

◎ 主治医のチェック（数字の上に○、×でお答えください。）

1. 妊娠16週を経過している。
  2. 過去に流・早産を3回以上繰り返していない。
  3. 子宮口が閉じている。
  4. おりものが異常でない。
  5. 多胎児ではない。
  6. 今回の妊娠に関し、正常な過程を通っている。
- \*その他当クラブに対しご意見、ご要望がありましたらご記入ください。

上記の者はマタニティークラスを行うに際し、現在のところ順調に妊娠経過中であり、異常の無いことを認めます。

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

病院名

住所

医師名

印

※カジュアルフィットネス NAS 港北にご提出お願い致します。

TEL 045-944-4100