

妊婦水泳入会時検診の依頼

当クラブでは、妊娠16週を経過された方を対象にマタニティスイミングを開催致しておりますが、かかりつけの医師に診断をお願いし、支障のない方のみ入会許可をさせていただきます。

つきましては、下記入会時検診をお願い致したく、ご多忙中誠に恐縮ではございますが、何卒宜しくお願い申し上げます。

(株)ヨウコウ
コナミスポーツクラブ船堀
〒134-0091
江戸川区船堀3-5-7 TOKIビル4F
TEL 03(5605)5311

氏 名 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

妊娠週数 _____ 週 _____ 日

1. 妊娠16週以降である。
2. 子宮口が閉じている。
3. 感染症(カンジタ・トリコモナス等)がない。
4. 過去に流早死産を経験していない。→ 現在の妊娠で異常がなく、Drの許可があれば可能とする。
5. ハイリスク妊婦ではない。(心臓疾患・重症貧血・妊娠中毒症・糖尿病・双胎等)

上記の者は、現時点では異常の無い事を認めます。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名称

所在地

担当医師名

入会同意書

株式会社ヨウコウ

コナミスポーツクラブ船堀 御中

私は、貴社スクールのマタニティー(妊婦水泳)スクールに入会するに当たり、事前に主治医(担当医)もしくは、医師の診断による支障がないことを確認し、家族の同意を得た上で、診断書を添えて入会を申し込みます。

又、妊娠20週以降でも1%の流産、4.33%の早産があり、普通の日常生活をしているだけでも、破水・流早産になることも十分理解しております。

尚、有事の際には、貴社スクールに対して一切迷惑をかけないことを誓います。

平成 年 月 日

住 所	〒	
氏 名	本人 印	家族(夫) 印
出産予定日	平成 年 月 日	
現在通院している病院名		主治医
病院住所・Tel		Tel
緊急連絡先	(続柄) 氏名	Tel

問診表

年 月 日現在

氏名		生年月日	年 月 日
出産予定日	年 月 日	現在妊娠	週

あなたの現在の健康状態についてお尋ねします。

- | | | |
|----------------------------|----|-----|
| 1、手足が冷たく感じることはありますか？ | はい | いいえ |
| 2、脚がつることがありますか？ | はい | いいえ |
| 3、間接が痛んではれることはありますか？ | はい | いいえ |
| 4、筋肉や関節がいつもこわばっていますか？ | はい | いいえ |
| 5、腕の痛みがありますか？ | はい | いいえ |
| 6、脚の痛みがありますか？ | はい | いいえ |
| 7、背中痛みがありますか？ | はい | いいえ |
| 8、腰の痛みがありますか？ | はい | いいえ |
| 9、肩や首筋の痛みがありますか？ | はい | いいえ |
| 10、腕がだるいことはありますか？ | はい | いいえ |
| 11、脚がだるいことはありますか？ | はい | いいえ |
| 12、全身がだるいことはありますか？ | はい | いいえ |
| 13、手のしびれがありますか？ | はい | いいえ |
| 14、脚のしびれがありますか？ | はい | いいえ |
| 15、朝起きたとき手のむくみがありますか？ | はい | いいえ |
| 16、朝起きたとき足のむくみがありますか？ | はい | いいえ |
| 17、夕方から手がむくむことがありますか？ | はい | いいえ |
| 18、夕方から足がむくむことがありますか？ | はい | いいえ |
| 19、後頭部の痛みがありますか？ | はい | いいえ |
| 20、おなかがはりますか？ | はい | いいえ |
| 21、便秘ぎみですか？ | はい | いいえ |
| 22、気分がイライラすることがありますか？ | はい | いいえ |
| 23、脱力感があり何もする気がないことがありますか？ | はい | いいえ |
| 24、身体が重いと感じますか？ | はい | いいえ |
| 25、夜はよく眠れますか？ | はい | いいえ |
| 26、食欲のない日がありますか？ | はい | いいえ |
| 27、好き嫌いがありますか？ | はい | いいえ |