

# マタニティスイミング健康診断書

ふりがな 氏名	-----	生年月日	
		年	月 日 (才)
住所	〒		
	TEL ( )		
出産予定日	年	月	日
	現在の妊娠週数		

## 医師のチェック項目

○下記項目のチェックをお願いします。

- 分娩歴： 初産  経産 ( 経産)  
 妊娠16週以降である。  
 多胎児(双子、三つ子等)ではない。  
 過去に早・流産を2回以上繰り返していない。  
 子宮口が閉じている。  
 特別の合併症がない。

※万一、運動中に体調不良が発生した場合は、医師の判断を仰ぐためセントラルスポーツよりご連絡させて頂くことがあります。あらかじめご了承ください。

上記の者は、現在のところ、スイミングおよびストレッチ等の運動をするにあたり、異常のないことを認めます。

年 月 日

住所

医師名

印

クラブ処理欄