

マタニティコース健康診断書

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。
 トリコモナス・カンジダにかかっていない (ある場合は治療後)。
 特別の合併症がない。

○ご意見

上記の者は、現在のところ、スイミングおよびエクササイズ (陸上) 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