

山形県総合運動公園 アフタービクス教室 & 親子フィットネス教室 参加申込書及び同意書

受付日	月	日
受付番号		

フリガナ		生年月日		血液型
氏名(ご本人)		19 年 月 日	歳	型
フリガナ				
住所	〒			
電話番号(携帯電話)		緊急連絡先 (ご家族の方の緊急連絡先等)	お名前 続柄()	
メールアドレス			TEL	

現在通院している(出産した)病院名	赤ちゃんのお名前	出産日
	ふりがな	20 年 月 日 初産
担当医:	男・女	歳 ヶ月 経産(人目)
住所	〒	
TEL	TEL	

該当するものに○をつけ、必要事項をご記入ください。

- ・ 過去に行っていた運動はありますか？
 ない ・ ある → ()
- ・ 現在行っている運動はありますか？
 ない ・ ある → ()
- ・ インストラクターやメディカルチェックスタッフにお産について知らせておきたいことがありますか？
 ない ・ ある → ()
- ・ 過去に高血圧と言われたことがありますか？(140 / 90 以上)
 ない ・ ある
- ・ 糖尿病、心臓病の既往はありますか？
 ない ・ ある → (病名: 年前/ 治癒 ・ 治療中)
- ・ 整形外科的疾患(ケガ)はありますか？
 ない ・ ある → (病名: 年前/ 治癒 ・ 治療中)
- ・ 医師による運動の制限はありますか？
 ない ・ ある → (具体的に:)
- ・ 現在身体のことで気になることはありますか？(腰痛、尿漏れ、腱鞘炎など)
 ない ・ ある → ()
- ・ 家族の中で大きな病気にかかった方がいますか？
 いない ・ いる → (病名: 続柄:)
- アフタービクス {
 - ・ アフタービクス教室へ参加することを主治医へ相談されましたか？
 はい ・ いいえ
 - ・ 主治医はアフタービクス教室への参加について同意されましたか？
 はい ・ いいえ → (理由:)
- 親子フィットネス {
 - ・ お子さんの健康状態で気になることはございますか？(疾患等も含む)
 ない ・ ある → ()
 - ・ 現在定期的に通院されていますか？(母子ともに)
 いいえ ・ はい → (理由:)

現在の健康状態について以上の通り相違ありません。当教室が日本マタニティフィットネス協会のデータに裏付けられた安全で効果的なエクササイズであることを理解し、すべて自己の責任においてレッスンに参加することに同意します。また、常に母子ともどもの健康状態に留意し、少しでも体調の変化に気づいた場合は即時申し出をし、レッスンを中止することを誓います。尚、私の家族も上記のことを理解した上で受講することに賛成しています。

20 年 月 日

私は上記事項に同意し、
アフタービクス教室・親子フィットネス教室へ参加します。 ご署名 ㊞

※ 申し込みの際にご記入いただきました個人情報については厳正に管理し第三者に提供・開示することはありません。