

マタニティコース体験希望書

1. 私は、妊娠期間中には心身が特有の変化を来すことを知っています。
2. 私は、健康な赤ちゃんの出産のためには、自身で健康管理に十分に責任を持ちます。
3. 私はマタニティコースへの体験及び入会に当たって、主治医の許可を得ています。
4. 私は、下記の疾患を起こしていないことを確認します。
ガンジダ/高血圧症/トリコモナス/

上記を確認のうえ、マタニティコースの体験を申し込みます。

申込日：平成 年 月 日

体験日：平成 年 月 日

氏名（自署）：

印

証 明 書

氏 名		生年 月日	年 月 日	妊娠週数
				週
住 所		電 話		

《チェック項目》

1. 妊娠 16 週以降である
2. 過去に早産・流産をしていない
3. 子宮口が閉じている
4. トリコモナス・カンジタにかかってない
(ある場合は治療後)

医師のご意見

現時点においては、上記の通りであることを認めます。

平成 年 月 日

住所

名称

医師名

印