

氏名(ふりがな) _____ (_____)

お子様の氏名(ふりがな) _____ (_____) 性別 男の子 女の子

生年月日 20 ____ 年 ____ 月 ____ 日 (____ ヶ月) 第 (____) 子

住 所 〒 _____

電話番号 _____

問診票 該当するものに○をつけ、必要事項をご記入下さい。

1. 妊娠中のこと、出産時のことでインストラクターに知っておいて欲しいことがありますか？

ない ・ ある → _____

2. 医師による運動制限がありますか？

ない ・ ある → _____

3. 体調について気になることはありますか？

肩こり 腰痛 骨盤周囲の痛み 手首の痛み 便秘 尿漏れ

その他 _____

体重 妊娠前 _____ Kg 出産直前 _____ Kg 現在 _____ Kg

4. おっぱいについてお聞きします。

授乳中 ・ 授乳はしていない

乳汁分泌を促進したい ・ 卒乳中 ・ 動く乳房がはって辛い

その他 _____

5. 過去に大きな病気(糖尿病・高血圧症・心臓病など)、ケガ(整形外科的な疾患含む)をしたことがありますか？

病気 : ない ・ ある → 病名: _____ / _____ 年前/治癒 ・ 治療中

ケガ : ない ・ ある → 病名: _____ / _____ 年前/治癒 ・ 治療中

5. 妊娠中、または産後(現在)、運動をしていますか？

妊娠中 _____ していない ・ している → マタニティビクス ・ マタニティストレッチ

その他 _____

産後(現在) していない ・ している → _____

現在の健康状態について以上の通り相違なく、産後1ヶ月健診で異常がないことを確認しています。

レッスン参加の際は、自己の責任において健康状態に留意しレッスンに参加することを同意します。

また、スタジオ内での子供の行動に注意し責任を負います。

年 月 日

ご署名 _____ 印