

担当医殿

マタニティスクール受講開始時検診のお願い

拝啓

私共フィットネスクラブ ティップネスでは、日本マタニティビクス協会公認のインストラクターによる安全で効果的なプログラムを導入しております。
レッスンは妊娠13週目から分娩前までの妊娠経過の正常な方を対象に実施しております。
つきましては、ご入会を希望されている妊婦さんに、下記証明書の項目内容におきましてご診療頂きたくお願い申し上げます。

敬具

フィットネスクラブ ティップネス

妊娠経過証明書

フリガナ		生年月日
氏名(ご本人)	印	年 月 日
住所	〒 TEL ()	

下記項目のチェックをお願い致します。

- | | |
|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 妊娠 ()週 | <input type="checkbox"/> 浮腫() |
| <input type="checkbox"/> 血圧 (/) | <input type="checkbox"/> 子宮口が閉じている |
| <input type="checkbox"/> 尿蛋白() | <input type="checkbox"/> 過去に流産を3回以上繰り返していない |
| <input type="checkbox"/> 尿糖 () | <input type="checkbox"/> 特別な合併症はない |
| <input type="checkbox"/> 特記事項() | |

以上、現在までの妊娠経過に特に異常を認めません。

年 月 日

医療機関名称 _____

住所 _____

TEL _____

医師名 _____ 印