

担当医殿

マタニティスイミングスクール受講許可のお願い

妊娠運動許可書

フリガナ								
氏名(ご本人)						印		
生年月日	西暦	年	月	日	年齢	歳	血液型	
フリガナ								
住所	〒							
電話番号				携帯番号				

下記項目のチェックをお願いします。

- | | |
|---|--|
| <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"/> 過去に早流産を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以上を認めません。

年 月 日

医療機関名称 _____

住所 _____

電話番号 _____ 医師名 _____ 印 _____

高座施設組合屋内温水プール
神奈川県海老名市本郷20-1
046-238-8780