

マタニティスイミング開始前検診のご依頼

当スクールでは、妊娠 16 週を経過した方を対象にマタニティスイミングを実施しています。入会にあたりましては、検診の結果に異常がなく、妊娠中に水泳をすることについて、主治医の承諾があることを条件としています。

つきましては、誠に恐縮に存じますが、下記事項をご参考の上、マタニティスイミング開始前検診をお願いしたく、ご依頼申し上げます。

ナイススポーツ東京

〒170-0013 東京都豊島区東池袋 4-27-10 TEL:03-3986-2233

※マタニティスイミング開始のためには、次の条件が必要かと思われまます。

1. 過去に流・早産を経験していない。
2. 妊娠 16 週以後である。
3. 胎児心拍動音が確認されている。
4. 子宮口は閉鎖し、子宮頸管も完全に存在する。
5. 子宮筋腫、多胎など早産因子がない。
6. 帯下に異常がない。

診断書

平成 年 月 日

氏名 _____

ご住所

生年月日 昭和・平成 _____年 _____月 _____日

分娩予定日 平成 _____年 _____月 _____日

妊娠週数 _____週 _____日

上記の者は、診察の結果本日のところ、特に異常はなく、マタニティスイミングを始めることにさしつかえないことを認めます。

【医療機関】

所在地 _____

名称 _____

医師名 _____ 印