

マタニティスイミング入会許可証明書

フリガナ	会員NO	生年月日	西暦	年	月	日生
氏名		予定日	西暦	年	月	日生
		妊娠週数				
住所			電話番号			
〒(-)						

★医師のチェック項目

※下記項目のチェックをお願いいたします。

- 妊娠15週目以降である
- 過去に、流産・早産を2回以上繰り返していない
- 子宮口が閉じている
- トリコモナス・ガンジタにかかっていない
(ある場合は治療後の期間 ヶ月)
- 特別の合併症がない

★ご意見

上記の者は現在のところ異常のないことを認めます。

医師

住所
氏名

年 月 日

印

★備考欄

--

ファイル	担当	S