マタニティケア

カウンセリングシート

ふりがな 氏名	生年月日 S H ・ ・
住所	Tel

● 出産予定日　　R ・ ・

● 出産回数　　無 ／ 回

● 最終出産日　　H・R ・ ・

（ご出産経験がある方のみ お答えください）

● 産婦人科の先生からマッサージの許可はもらっていますか？

はい ・ いいえ

● 予定分娩方法　　普通 ／ 和痛・無痛 ／ 帝王切開

● 現在つわりはありますか？　　はい ・ いいえ

● 妊娠中つらい症状を全てご記入ください。

誓約書

●私は妊娠中毒症や持病など医師の管理下にありません。

●血管拡張型の頭痛持ちではありません。

※妊娠8か月以降の施術をお断りすることがございます。

●施術中、お腹が強く張ってきた場合、休憩をいれながら施術しますが
頻繁にお腹が張るような状態であれば
施術を途中で中断させていただく場合があります。

※その際の施術料金の返金、次回への繰り越しは致しかねます。

●マタニティケアを受けるに当たって、もし仮になにかありましても
全ては自己責任で構いません。

令和　　年　　月　　日

ご署名

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿