

# 妊娠経過証明書

公益財団法人 星総合病院  
かがやき健康館 御中

※星総合病院へ通院されている方はIDをご記入ください。

氏名： \_\_\_\_\_ ID \_\_\_\_\_

生年月日： 昭和・平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 年齢： \_\_\_\_\_ 歳

医療機関記入欄（主治医がご記入ください。）

- 妊娠 \_\_\_\_\_ 週
- 予定日： 20 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日
- 運動禁忌となる下記の症状に該当しません。
- 習慣流産
  - 子宮頸管不全症
  - 前置胎盤
  - 強い腹緊が頻繁に起こる場合
  - 子宮内胎児発育遅延
  - 重度な妊娠高血圧症候群
  - 重度の心臓病や糖尿病や腎臓病を合併する場合
  - マタニティアクアでは感染症（皮膚炎、膣炎、感冒）、やせすぎている妊婦
- その他、特記事項（胎児の状態、出血、張り、既往歴等）
- （ \_\_\_\_\_ ）

以上、現在までの妊娠経過に特に異常は認められません。

20 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

医療機関名称：

住所：〒

電話番号：

医師名：

印