

## マタニティヨガ事前問診シート

1. 本日の体調や気分はかわりないですか。  
はい                      いいえ (どんな症状ですか                      )
2. 睡眠は充分にとれていますか。  
はい                      いいえ
3. 妊娠 16 週以上ですか。  
はい                      いいえ
4. 食事は 1 時間から 2 時間前にとってこられましたか。  
はい                      いいえ
5. ご家族と主治医から許可をもらいましたか。  
はい                      いいえ
6. 最近、貧血気味でつまずきやふらつきがありましたか。  
はい                      いいえ
7. 妊娠性高血圧といわれましたか。  
はい                      いいえ
8. クラス前には、水分補給はされましたか  
はい                      いいえ
9. 心配事や気になることがあれば、下に記入してください。

令和    年    月    日

お名前 \_\_\_\_\_

何かありましたら遠慮なく助産師にお声かけください