

マタニティビクス

「妊婦友だちが欲しいな」
「リフレッシュしたい!」

「運動したいけど、
どのくらい
動いていいのかな?」

クラスに参加すると・・・
「肩こりが楽になった!」
「楽しかった!」



妊娠中のママたちには、様々な思いがあると思います。

妊婦さん同士集まって、音楽に合わせて身体を動かし、一緒に汗をかきませんか!!
クリニックの助産師でもあるマタニティビクスのインストラクターと、妊娠中の安全で効果的な運動をしましょう!



愛といのちの家 聖路加産科クリニック

キリスト教の愛の精神に基づきお産を通して母と子、その家族が本来持つ力を見出し、その力をはぐむことを私たちがサポートします。自分の持つ「産む力」を自ら最大限に引き出すための努力(妊娠中のからだつくり・養生)をする方を全力で応援いたします。緑・風・光を感じ、人のぬくもりのある【家(ie)】でくつろぐことが出来るような空間を提供いたします。



周辺地図



- 地下鉄
東京メトロ日比谷線築地駅下車(3, 4番出口)徒歩7分
東京メトロ有楽町線新富町駅下車(6番出口)徒歩8分
- バス
東15番—東京駅八重洲口 深川車庫行
聖路加国際病院前下車

所在地

住 所:〒104-0044 東京都中央区明石町1-24
ホームページ: <http://www.luke.or.jp/birthclinic/>
お問合せ: birthclinic@luke.or.jp

※本クリニックは聖路加看護大学との共同事業として行われています。



愛といのちの家 聖路加産科クリニック

マタニティビクス のご案内



受付 070-6574-0383

内容

運動は60分程度行います。

ウォーミングアップ後、徐々に心拍数を上げ、参加者が「ややきつい」と感じるところをターゲットゾーンとし、その心拍数を保って運動を続けます。

その後、徐々に心拍数を下げ、マットを使用したフロアエクササイズ、ストレッチを行います。

助産師によるヘルスチェック(血圧・脈拍・体重測定、赤ちゃんの心音聴取、体調やお腹の張りの有無を問診と触診)を運動前後で行います。

※一般に、運動中や運動後はお腹の張りがやや増強する傾向にありますが、運動中も早産の引き金になるような強い子宮収縮は起こりません。

正常な経過の妊婦に対して行うマタニティピクスは、流産や早産の原因とはならず、健康の増進となることをご理解いただき、自己の責任のもと、健康状態に留意しレッスンに参加してください。



参加できる方

妊娠16週以降の妊娠経過が順調な方で、本人の同意があり、かかりつけ医から許可された方

※妊娠30週以降で逆子の方は参加できません。

詳しくは同意書の項目をご確認ください。

日時

毎週火曜日(※祝日は除く) 10:00~12:00

*臨時でお休みとなる場合もありますので、ホームページをご覧ください。

*当日は10時にお越しください。クラスは10時20分頃開始いたします。

場所

聖路加産科クリニック
1階 ホール



費用

1レッスン 1600円(税込) 当日支払い

持ち物

動きやすい服装
タオル
飲み物(運動中の水分補給)
室内用運動靴
母子手帳

初回のみ、同意書と許可証
同意書・許可証のない場合は、参加いただけません。

同意書と許可証について

同意書にチェックと署名をし、かかりつけの先生の許可を頂いて初回のクラスにご持参ください。

*許可証は以下の2点について明確であれば書式は問いません。

1. 妊娠経過が順調である
2. 主治医としてマタニティピクスを行うことを許可する

*同意書と許可証はHPからもダウンロードできます。
⇒URL <http://www.luke.or.jp/birthclinic/>

予約

○予約受付日 月 火 水 金 土

○予約受付時間

①受付のカウンターに直接お越しいただく場合は
9:00~17:00

②お電話の場合は13:00~16:00に下記の電話番号にお電話ください。

電話 070-6574-0383

お願い

お子様・ご家族の参加はご遠慮ください。
体調がすぐれない時、お腹のはりを感じる時はご自身の判断にて参加の中止をして下さい。

担当



野々村真理子
聖路加産科クリニック助産師
マタニティピクス協会
インストラクター

マタニティビクス同意書・許可証

名前 _____ (才)

出産予定日 _____ お産の経験 (初めて・ () 回目) _____

住所 _____

電話番号 _____ 携帯 _____

緊急連絡先 _____

妊婦健診を受けている医療機関 _____

聖路加国際病院の受診歴のある方 診察券番号 _____

該当する方にチェックを付けてください。

はい いいえ

- 1、() () 現在妊娠 16 週未満である
- 2、() () 過去に3回以上流産の経験がある
- 3、() () 高血圧といわれたことがある(140/90以上)
- 4、() () 糖尿病、心臓病、腎臓病などの既往がある
- 5、() () 子宮収縮抑制剤(おなかの張り止めの薬)を内服している
- 6、() () 胎盤の位置が低いもしくは前置胎盤といわれている
- 7、() () 現在妊娠 30 週以降で逆子である
- 8、() () 何らかの病気で医療施設に通院している(病名 _____)
- 9、() () 血液検査で異常と指摘されたことがある

はいとお答えの方はお書きください(_____)

* 1～7に一つでも該当する方は、受けることができません。

8、9については受けられない場合があります。

現在の健康状態について以上の通り相違ありません。マタニティビクスの参加にあたり、妊娠中の運動について安全で効果的なエクササイズであることを理解し、また運動に関係なく一般的に流産が起こり得ることを認識しています。

常に自己の責任において健康状態に留意しレッスンに参加することを同意します。

年 月 日 署名 _____

《医師記入欄》

妊娠経過に異常ありません。

健康状態に留意し、聖路加産科クリニックのマタニティビクスに参加することを許可します。

年 月 日

医療機関名称 _____

住所 _____

電話番号 _____

医師 _____ 印