

《マタニティスイミングのしおり》

このたびは、ご懐妊おめでとうございます。

また、スポーツプラザ報徳のマタニティスイミングにご入会いただきましてありがとうございます。

マタニティライフを楽しく爽やかに、そして「健康な赤ちゃん誕生」のために、マタニティスイミングをお役立てください。

A マタニティスイミングとは・・・競泳ではありません

- ・運動不足、ストレスの解消ができます。
- ・同じ状況のお友達が得でき、情報交換や産後の育児相談ができます。
- ・定期検診までの間の心配事等、水泳の検診時に相談ができます。
- ・出産の時、産道の開大をスムーズにするためのリラックス方法を習得できます。
- ・産み出す力に必要な筋群の強化(腹筋、背筋、骨盤周辺の筋群)が、できます。
- ・陣痛をやわらげる呼吸法が習得できます。
- ・不快な症状(足腰の冷え、むくみ、腰痛、肩こりなど)が軽くなります。
- ・出産に対し自信が生まれ、余裕を持つてのぞめます。

B 練習に必要な持ち物

- ・水着 現在お持ちの水着かワンサイズ上の水着を着用してください。
- ・ゴーグル 目の保護と安全面から必ずご着用してください。コンタクト及び眼鏡ははずしていただきます。
- ・帽子 黒、紺以外をお求めください。
※正面に名前を大きくお書きください。
- ・バスタオル 身体を包める大きめのものが、良いでしょう。
- ・母子手帳 初回練習日とその後、定期検診後の練習日に助産師さんにお渡してください。

C 家を出る前に・・・

- ・時間に余裕を持ってお出掛けください。
 - ・次のような場合は、泳ぐことはできません。
 - *前夜から胎動を感じないとき。
 - *出血があるとき。(茶褐色の帯下がある場合も含む)
 - *おなかの張り(子宮収縮)が、普段に比べて頻繁だったり、強く長いとき。
 - *定期検診で異常があり、安静を指示されているとき。
 - *その他、一般的にも水泳を控えた方が良いとき(発熱、悪寒、下痢、風邪の諸症状)
- 自分で判断が難しい時は、かかりつけの医師に相談して許可を得てから、泳ぎましょう

D 館内利用順序

- ① 受付 フロントで所定の用紙に氏名、入館時間を記入して更衣室に入りましょう。
- ② 更衣 着替えが済みましたら、安全の為にアクセサリは必ずはずしましょう。
- ③ 検診 プールサイドで助産師さんか担当コーチが検診をいたします。脈拍を測り(練習前) 検診を受けてください。
(母子手帳を持って来たときは、提出してください。)
- ④ シャワー 全身を良く浴びると共に、お化粧品も落としましょう。
- ⑤ 入水 必ずフロアーのある所から入り、静かに肩まで浸かりましょう。
準備体操は水中で浮力を利用して行ないます。
- ⑥ 検診 身体の水気を拭きとってから、もう一度脈拍を測り検診を受けてください。
(練習後)
- ⑦ シャワー プールの水には、塩素系の消毒薬が入ってます。全身をよく洗い流してください。
- ⑧ サウナ 身体を良く乾かす程度としてご利用ください。
- ⑨ 更衣 水気があると滑りますので、ご注意ください。
- ⑩ 退館 フロントで会員証を受け取り、所定の用紙に退館時間を記入してお帰りください。

E レッスン日時

レッスン日： 月・水・土 週3回レッスンが受けられます。

時間： 12時～13時（問診がありますので少しお早めに）

F 料金

1回 1,000円（税抜き）

《妊婦水泳開始時検診の御依頼》

当プラザでは、妊婦水泳を実施しております。現在、妊娠16週を過ぎた参加希望者については、妊娠中に泳ぐことについて主治医の御容認、及び御検診の結果により、異常がないと思われる方についてのみ参加を許可しております。つきましては、下記の事項を御参照の上、開始前検診をお願い致したく御依頼申し上げます。

御多忙中誠に恐縮ではございますが、何卒よろしくお願い申し上げます。

株式会社 スポーツプラザ報徳
〒250-0853
神奈川県小田原市堀之内458
0465-37-4600

なお、従来の経験から、水泳開始のためには次の条件が必要と思われまます。

1. 過去に流産を経験していない。
2. 妊娠16週以後である。
3. 胎児の心拍動が確認されている。
4. 子宮口が閉鎖し、子宮頸管も完全に存在する。
5. 子宮筋腫、多胎など早産因子がない。
6. 帯下に異常がない。

(トリコモナスまたは、カンジタ、その他のチツ炎がある場合には治療後に。

又、流産予防のために、通常の妊娠腹緊がいつもより増強したり、頻繁になった時には安静にすることが大切と思われまます。)

診 断 書

氏 名	生年月日	年	月	日
住 所	妊娠週数		週	日

上記の者は本日の診察の時点では異常のないことを認めます。

年 月 日

医療機関 所在地
名称

医師名

印