

《マタニティー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ー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。

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

A マタニティースイミングとは・・・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 1,100円（税込）

《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