



IMPORTANT FORMS

同意書など

ベビーマッサージ指導者評価アンケート [190]

お客様カード (例) [191]

ベビーマッサージクラスのご提案 [193]

ベビーマッサージクラスのご受講にあたって [194]

ベビーマッサージ指導者評価アンケート

指導者の名前： _____

お名前： _____ クラスの日付： 年 月 日

次の表の該当箇所に○印をつけてください。コメントがあれば、記載してください。

質問	5. 非常に良かった	4. とても良かった	3. 普通だった	2. あまり良くなかった	1. 良くなかった	評価できない
1) クラスは、全体としていかがでしたか？						
2) 指導者による指導はいかがでしたか？						
3) 施設はいかがでしたか？						
4) 配付された資料はいかがでしたか？						

5) クラスを改善できる点や、気付いた点などがあれば、ご指摘願います。

6) クラスで良かったと思う点がありますか？あれば、具体的にご記入をお願いします。

7) 指導者に何か伝えたいことがありましたら、ご記入をお願いします。

8) クラスでやってほしいこと、今後企画してほしいことなどありましたら、ご記入下さい。

お客様カード (例)

子供 氏名	男 女	生年月日	年 月 日
			現在 月 日
保護者氏名	男 女		兄弟・姉妹の ___ 番目

電話番号	
住所	
メール	
最寄駅	
1) これまでにアレルギーが出た植物オイルはありますか？	はい いいえ
「はい」と答えた方、そのオイルはなんですか？	
2) 現在、何かの病気で治療中ですか？	はい いいえ
「はい」と答えた方は、具体的に教えてください。	
3) 生活習慣について、お悩みのあるものに全て○をつけてください。	
便秘 夜泣き 寝つきが悪い ミルクの飲みが悪い 小児ぜんそく 風邪をひきやすい 鼻水・鼻詰まり ぐずりやすい	
その他、お悩みがございましたら自由にお書きください。	

同意書

私 と、は、以下の内容に同意します。

(保護者のお名前) _____ (お子様のお名前) _____

1. 私と子どもは、クラスの参加に際し、事故やけがをする可能性があることを理解し、参加に関連したリスクを自ら引き受けます。

2. 私と子どもは、クラスの参加に際し、補償請求を放棄し賠償責任の義務を追及せず、自分自身の責任において参加することに同意します。

3. 私と子どもは、クラスの参加に支障をきたす恐れがある健康上やその他の問題がないことを表明します。

4. 私はクラスの参加に際し、自己の所有物は自ら管理し、自己の所有物の破損・紛失については自ら責任を負います。

年 月 日 署名 _____

ベビーマッサージクラス登録カード（お客様カード）

令和 年 月 日

開催日 時間	年 月 日 : ~ :	開催場所	
(ふりがな) 子供氏名	() 男 女	生年月日	年 月 日
(ふりがな) 保護者氏名	() 男 女	生年月日	年 月 日
電話番号	- - (緊急時に連絡のつきやすいお電話番号をお願いします)		
住所	〒 -		
最寄駅	(ご自宅) 線 駅		
メール	@		
緊急連絡先	氏名	続柄	電話番号

〒111-1111

東京都〇〇〇1-2-3
指導者の氏名

提案先の住所

ベビーマッサージクラスのご提案

冒頭 - 自分は誰であるか、提案先で何をしたいのか、提案先にとって、どのようなメリットがあるのか。

内容 - クラス又は、コースの開催概要と説明

参加者のメリット - 参加者は何を学ぶことができるか。何をもらえることができるか（説明資料や小冊子など）

臨床結果 - 最新の調査研究や、ニュース、記事など、臨床的に証明されている結果を説明する。

指導者の経歴 - 指導者の簡単な経歴

末尾 - あなたが指導者として適している理由、あなたが提案先と一緒にやり遂げられることなどを最後に説明する。

本クラスをどのように知りましたか？

- 知人の紹介 広告 掲示板(場所:)
 インターネット検索(ヤフー、グーグル、その他:)

ベビーマッサージを習いたいと思われた理由や動機を教えてください。

妊娠・出産、産後の体調、お子さんのことなど、講師に伝えておきたいことがありましたら、
ご記入ください。

ベビーマッサージクラスのご受講にあたって

日付：
開催場所：
開始時間：

〇〇様

この度は、ベビーマッサージクラスにお申込を頂きましてありがとうございます。当日、お会いできますことを楽しみにしております。持ちものについてですが、バスタオル1枚、替えのおむつ、白湯かミルク（母乳の方は、必要ありません）、その他いつものお出かけ用グッズをご持参ください。クラスでは、植物性100%のオイルを使用して、赤ちゃんにオイルマッサージを行います。肌の弱い赤ちゃんは、ご自宅でご使用のオイルをご持参頂くか、オイルは使用せずにクラスをお楽しみください。また、ご自宅でもベビーマッサージをお楽しみ頂けるよう、お持ち帰り用の資料もご用意しております。

クラス当日に、お子さんに次のような症状がありましたら、クラスへの参加はご遠慮ください。ご連絡を頂けましたら、次回のクラスをご案内させていただきます。

- 元気がないとき
- 発熱しているとき
- 予防接種を受けたとき（接種後、48時間～72時間はあけて下さい）

ご質問がありましたら、下記までお気軽にご連絡ください。

指導者：〇〇〇〇

電話：〇〇

メール：

ベビーマッサージクラス参加同意書

下記を参考に、自分なりの同意書を作成してみましょう。

ベビーマッサージは、医療や治療行為に代わるものではありません。親子の絆を深めるものであり、また、下記のような利点が見られることがあります。

骨格： <ul style="list-style-type: none"> ●正しい姿勢とバランスをサポートする ●病気を引き起こす可能性のある筋肉の緊張を緩和する ●骨への栄養の流れをよくする 筋肉： <ul style="list-style-type: none"> ●筋肉の緊張やひきつけを緩和する ●乳酸と炭酸を除去する ●血の流れと筋肉への栄養を増加させる ●圧力の量に応じて筋緊張を増減させることができる ●圧力の量に応じて関節可動を増減させることができる 	消化： <ul style="list-style-type: none"> ●便秘の解消 ●ガスの軽減 ●水の蓄積を軽減 ●腎臓を調整することで血をきれいにする 循環： <ul style="list-style-type: none"> ●血液とリンパの循環を刺激する ●免疫システムを強化する 	呼吸： <ul style="list-style-type: none"> ●呼吸パターンの改善 ●呼吸障害の軽減 ●胸の緊張を軽減し、肺を十分に膨らませることができる 神経： <ul style="list-style-type: none"> ●リラックスと落ち着き ●睡眠の改善 ●エンドルフィン値を上げて癒しを促進させる ●欲求不満や異常行動から安全に穏やかに開放する ●食物吸収ホルモン(インシュリンとグリコーゲン)に影響を与え、迷走神経を刺激する
--	---	--

お子さんに次のような症状が見られた時は、クラスへの参加は見合わせて下さい。

- 高い熱を出しているとき
- 感染症、病気または伝染病などにかかっているとき
- 伝染性の皮膚疾患にかかっているとき
- 開いた傷口や損傷があるとき
- ワクチンや予防接種を受けたとき（接種後は48時間から72時間の時間をおきましょう）
- 生命を脅かすような症状があるとき
- ヘその緒の傷が癒えていないとき（お腹のマッサージはしないようにしましょう）
- リンパ節が腫れているとき
- 血栓または血液の障害があるとき
- 下痢その他の病気にかかっているとき

下記のいずれかの症状のお子さんは、慎重に対応していきましょう。

無呼吸 / 徐脈 / 頻脈 / 腹部膨張 / 胃腸または空腸瘻チューブ / 脳水腫 / 炎症 / 浮腫 / 形成異常 / 血友病

黄疸 / 直近の手術 / HIV/エイズ / 腫瘍 / 癌 / 発作性疾患 / 扇動 / 衝動性

講師が知っておくべき、お子さんに関する症状や病気などがありましたらご記入ください。

妊娠・出産、産後の体調、お子さんのことなど、講師に伝えておきたいことがありましたら、ご記入ください。

●私、_____ は健康管理の補助的役割として子どもをベビーマッサージに参加させることを理解しています。

●私は子どもについての上記全ての病気、危険要因または状態を留意しており、上記のような症状があった場合は、担当医師の同意を得た上で参加することを理解しています。

●ベビーマッサージは、医療従事者による医療・治療行為に代わるものではなく、健康管理の補助的な役割であることを理解しています。

●子どもにマッサージ / セラピーを受けさせるにあたって、一切の苦情、負担、要求を放棄します。

日付: _____ 署名: _____

日付: _____ セラピストの署名: _____

セラピストの連絡先:

住所: 東京都〇〇

電話: 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

メール:

ベビーマッサージ 担当医の承諾書

医療ケアを受けている子どもの場合は、担当医の承諾を得てから行いましょう。

子どものかかりつけの担当医 様

ベビーマッサージの承諾について

この度、クライアント保護者 _____ 様より、クライアント _____ 様のベビーマッサージを依頼されました。このセラピーは資格を持った施術者によって提供されるものです。(資格とは、マッサージセラピープログラム、または他の専門医療資格およびトレーニングプログラムにおいて総合的な技術を習得していることを意味します)

私たちの方針として、お子様の担当医と保護者の方が一緒にこの同意書に目を通していただいた場合のみ、ベビーマッサージのレッスンを提供しております。さらに、もしお子様に危険度の高い留意事項、医療合併症、禁忌状態などがある場合は、担当医より適切と思われる特定の制限や予防措置を明記した文書を要請することになっています。

私どもの要請を承諾して頂けるようでしたら、以下の欄に署名をお願いいたします。この証明はクライアントの健康状態が変化した場合はいつでも修正、撤回ができるものとします。ご協力ありがとうございます。

●お子様の健康状態: _____ 良好 _____ 特別な留意点あり(以下に詳細を記載)

●特定の制限事項、注意事項など:

●このクライアントの確認や不安事項に関して直接連絡をしてもよい。 はい/いいえ

担当医連絡先:

氏名: _____ 電話: _____
日付: _____ 署名: _____

セラピストの連絡先:

住所: 東京都〇〇

電話: 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

メール: