

診断書の記入に際して

飛行機は振動や揺れが比較的少なく、ご病気のお客様の安静状態を保てるなどの利点もありますが、飛行時間、飛行高度（機内の与圧状態）、気象条件が病状に悪い影響を与える場合もあるため、お客様の症状によってはご利用いただけないこともございます。

通常、飛行機は高度 9,000～12,000 メートル（30,000～40,000 フィート）の成層圏を音速に近い時速 900 キロで巡航します。上空は気圧が低いため、機内は与圧されていますが、客室内の気圧は地上より低く、標高 2,000～2,500 メートルの山（富士山 5 合目程度）に登っているのと等しい状況です。

◆ 機内の気圧

飛行中の機内の気圧は地上に比べて 70%～80%に減少し、着陸時には 15～30 分の間に大きな気圧の変化が生じます。短時間での気圧の変化は、航空性中耳炎や腸管性の腹痛が起こることがあります。

◆ 酸素濃度の低下

呼吸器の障害、心臓の障害、脳血管の障害や重傷貧血等はいずれも酸素濃度の低下により影響を受けます。また、妊娠後期の妊婦や新生児にも酸素不足が悪影響を及ぼすことがあります。

したがって、下記①～④のいずれかに該当されるお客様には、診断書（1 通）をご用意いただき、予約手配に際し、ご提示いただきます。

- ① 機内で酸素吸入、医療機器の使用、医療行為を行う必要のある方。
- ② 重症傷病患者
- ③ 次のページの参考資料の項目 1～13 に該当される方。
- ④ 上記の他に怪我、治療中の疾病や最近受けた手術が航空旅行により身体に影響を及ぼすと思われる場合にも提出をお願いしております。

診断書は旅行開始日より 14 日以内に作成されたものをご用意いただきます。ただし、病人、けが人の医療搬送の場合や、心臓、呼吸器、脳神経、精神神経疾患などのように病状・体調が急に化する恐れのある疾患をお持ちの方、及び出産予定日から 28 日以内の妊婦の方は、旅行開始日より 7 日以内に作成されたものをご用意いただきます。

なお、上述の日数以前の予約手配も承りますのでご相談ください。また、ご旅行中に病状や体調に変化があった場合は改めて診断書の提出をお願いしております。

お客様へ： 「必要な手配について」を記入し、同意書をお読みいただいた上で記入、署名、捺印願います

お医者様へ： 診断書に記入願います。記入に際しましては「旅程が旅客（患者）の身体に及ぼす影響を考慮して航空旅行の適否」をご診断願います。また、留意事項等を診断書下部の所見欄にお書添え願います。

参考資料

法定伝染病、指定伝染病、その他伝染の恐れのある重大な急性感染症の方はご搭乗いただけません。

また、以下の状態にある方も航空旅行には適しておりませんが、症状、体調等が安定しており、医師が搭乗の適正を証明し、かつ医師の付き添いのある場合はご搭乗頂けることもありますのでご相談ください。

1. 重症心疾患患者 : 重症心不全、チアノーゼ性心疾患、不安定狭心症、急性心筋梗塞(通常発生後6週間以内は不適)
2. 重症呼吸器疾患患者 : 重症呼吸不全、重症慢性閉塞性肺疾患、最近発症した気胸患者で肺の拡張が完全でない者
3. 喀血を繰り返す者
4. 脳卒中急性期患者 (通常発症後4週間以内は不適)
5. 検査後などで中軸神経系に空気の残存する者
6. 頭蓋内圧上昇を来す頭部疾患患者
7. 重症貧血患者
8. 吐血、下血患者、腸閉塞患者
9. 重症中耳炎患者
10. 創傷が十分に治癒していない者(頭部、胸部、腹部手術など)
11. 病状が安定していない精神神経疾患患者ならびにアルコールその他の中毒患者
12. 生後7日以前の新生児
13. 出産予定日から28日以内にある妊婦(産科医が搭乗の適性を証明する場合は医師の付き添いは条件としません。)但し、国際線においては出産予定日から14日以内、国内線においては出産予定日から7日以内の搭乗の場合は産科医の同伴が条件となります。

尚、患者の医療搬送については別途ご相談ください。

必要な手配について (お客様による記入)

(旅程) 搭乗予定便名/月日

便	月	日	搭乗区間	より	まで
便	月	日	搭乗区間	より	まで
便	月	日	搭乗区間	より	まで

1. 空港で車椅子は必要ですか？

いいえ “はい”の場合、どの程度お歩きになれますか？
 長い距離は歩けない(WCHR)
 階段の上り下りは出来ない(WGHS)
 歩行できない(WCHC)
はい

2. お客様ご自身の車椅子を預けますか？

<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 電動式	<input type="checkbox"/> チェックイン時に預ける
		<input type="checkbox"/> 搭乗ゲートまで利用したい ※天候その他の理由により対応できない場合がございますのでご了承ください。
<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 手動式	<input type="checkbox"/> 一般蓄電池使用(WCBW)
		<input type="checkbox"/> 密閉型蓄電池使用/シールド型(WCBD)

<電動車椅子について>

電動車椅子は、1便あたりのお預かりできる台数に制限があります。
 電動式の場合は飛行機への積み込みに時間を要するため、チェックイン時にお預け頂きます。

3. 寝台車をお使いの予定ですか？

(出発地)	いいえ <input type="checkbox"/>	“はい”の場合 ⇒	寝台車会社名及び連絡先：
	はい <input type="checkbox"/>		行先：
(到着地)	いいえ <input type="checkbox"/>	“はい”の場合 ⇒	寝台車会社名及び連絡先：
	はい <input type="checkbox"/>		行先：

4. 付添者（医師・看護師または医師が認めた者）の同伴について

医療行為等の教育を受けている場合は		氏名	年齢	性別	
<input type="checkbox"/> 付添人	1				<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 付添人
受けていない場合は	2				<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 付添人
<input type="checkbox"/> 医師・看護師	3				<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 付添人

同意書

お客様へ：旅行の手配に際し、ご一読の上、ご署名願います。

私は、私の健康状態が航空運送に適するかどうかを判断するために航空会社が必要とする情報を _____ 医師 (病院名/医師名) が関係航空会社に提供することに同意します。

またこれに伴い、私は、その情報に関わる限度において同医師の職業上の守秘義務を免除するとともに、同医師に関わる費用は私の負担とすることに同意します。

私は、航空会社が私の運送を引き受けた場合には、その運送には航空会社の運送約款及び規則を超えた責任を負わないことを確認します。

私は、私の旅行に起因して航空会社に発生した費用については、請求に応じ、これを支払うことに同意します。

住所： _____ 日付： _____ お客様署名： _____ 印 (または代理の方)

書類取扱（社内）： 「必要な手配について」と「診断書」の本紙は航空券に添付。
 搭乗区間分の枚数をコピーし航空券に添付。
 各区間の搭乗手続きに際し発地はコピー1組を機内に手渡し、着地で保管する。

診断書 MEDICAL INFORMATION FORM (MEDIF)

医師による記入	以下のすべての欄に記入願います。 “はい” “いいえ” の欄については、該当する方に (✓) 印を記入し、航空旅行に際し、必要な記述をお願いいたします。		
<注>	1. MEDA3 及び MEDA4 については、医師以外の人でも判る病名、症状を併記して下さい。 2. 客室乗務員は応急処置の訓練を受けておりますが、注射及び薬物の投与、医療用酸素ボンベの操作などの医療行為をすることは許されておられません。 又、他のお客様への機内サービス対応のため、病気のお客様や特定のお客様に常時お世話をする事は出来ませんのでご了承願います。 3. 医療器具の設置のための座席確保、経費等は別料金・費用を申し受けるものであります。		
MEDA 1	お客様(患者) ふりがな 氏名	年齢:	性別:
MEDA 2	医師	お名前:	医療機関名:
		電話番号(病院・医院緊急時の連絡先):	専門科:
MEDA 3	診断(病名):	症状:	
<注1>	症状の始まった日(手術を行った日):	診断日:	
MEDA 4	経過(予後)と航空旅行の適否について (旅程が身体に及ぼす影響も考慮願います)	適 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	影響がある場合明記してください。 復路便がある場合の適否は? (復路搭乗日) [月 日] 適 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
MEDA 5	感染性疾患ですか?	いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/>	“はい”の場合、状態を明記してください。
MEDA 6	お客様(患者)の容体および、状態は他のお客様に迷惑、 危害等を与えますか?またはその可能性はありますか?	いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/>	“はい”の場合、状態を明記してください。
MEDA 7	離着陸時、また、必要時に背もたれを立てたままの状態 で座席を使用することができますか?	いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/>	
MEDA 8	ご自身で身の廻りの用をたすことができますか? (トイレ使用、飲食、航空機の乗降等)	いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/>	“いいえ”の場合、必要な援助をご記入ください。
MEDA 9	付添者(医師・看護師または医師が認めた者)の同伴 なしで搭乗が可能ですか?	いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/>	“いいえ”の場合、どのような付添人が必要ですか?
MEDA10	機内で酸素吸入を必要としますか?	いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/>	“はい”の場合 ⇒ ①常時使用… はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 酸素吸入量 [ℓ / 分] ②酸素ボンベの操作は、お客様(患者)ご自身又は 付き添いの方で可能ですか? はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
MEDA11	お客様(患者)は、空港・機内で薬物などを用いた医療行為を行う 必要がありますか? <注2>	(a) 空港においては? いいえ <input type="checkbox"/> (b) 機内においては? はい <input type="checkbox"/>	“はい”の場合、詳細にご記入ください。
MEDA12	人工呼吸器、早産児保育等の特殊 医療機器の使用が必要ですか? 又、機内で電源は必要ですか?	(a) 空港においては? いいえ <input type="checkbox"/> (b) 機内においては? はい <input type="checkbox"/>	“はい”の場合、詳細にご記入ください。
※機内で電気を使用する医療機器をご使用になる場合は発生する電磁波の運航への影響を確認させていただきます。また、内蔵電池で使える機器をご用意下さい。			
MEDA13	お客様(患者)は乗継ぎ時、到着 時入院が必要ですか?(必要な場 合、どのような手配をされました か?又、手配されていない場合に は、“手配せず”とご記入くださ い)	(a) 乗継時間が長時間 (含 宿泊)の場合 いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/>	“はい”の場合、手配の内容
MEDA14		(b) 到着時 いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/>	“はい”の場合、手配の内容
MEDA15	その他特殊な食事、機内サービス上特に留意すべき点があればお書きください。		
MEDA16	その他手配されたいことがありましたらご記入ください。		
お客様(患者)の現在の状態について、検査所見と治療状況等を含め記載をお願いいたします。			
上記の通り診断します。	病院名 _____	発行年月日 _____	ご署名 _____ 印