

診断書の記入に際して

航空機は振動、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)、気象状況が病状に悪い影響を与える場合もあるため、どのような病気のお客様(患者様)でもご利用できるとは限りません。航空機は通常、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。上空は気圧が低い為、機内は与圧されていますが、客室内の気圧は地上よりも低く、標高2,000～2500メートルの山(富士山の5合目程度)に登っているのと等しい状態です。また離着陸時の前後の15分～30分間には大きな気圧の変化が生じます。

機内気圧の変化

気圧が低下すると身体の中のガスは膨張します。身体の外に排出されない、あるいは排出できないガスは巡航中に膨らんでしまうため、患部や内臓を圧迫して痛みが出現したり、呼吸困難になることもあります。

酸素濃度の低下

呼吸器の障がい、心臓の障がい、脳血管の障がいや重症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、この診断書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 「参考資料」の項目1～13に該当される方
- ④ 上記のほかに怪我、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」の提出・記入についての留意事項

診断書は**搭乗日を含めて14日以内**に作成されたものをご用意ください。往復旅程の復路便の場合、復路の日程についても「搭乗の適否」が「適」と記載があるものについては、復路搭乗日を含めて14日以内でなくとも有効です。

※ ただし、病気やけがによる医療搬送、心臓、呼吸器、脳神経疾患などのように病状・体調が急に变化するおそれのある疾患の方、「診断書」の作成後やご旅行中に症状、体調に変化があった場合には改めて作成・ご提出をお願いいたします。

※ 出産予定日から28日以内の妊婦の方は、**搭乗日を含めて7日以内**に作成されたものをご用意ください。

お客様へ: 「ご搭乗に必要な手配について」をご用意いただき、予約手配に際しご提示いただきます。

お医者様へ: 「診断書」の記入に際しましては、航空旅行・旅程がお客様(患者様)のおからだに及ぼす影響を考慮して「航空旅行の適否」をご診断ください。

また、留意事項などは「診断書」の「所見・細述」欄にお書き添えください。

法定伝染病、指定伝染病、その他航空機搭乗により他のお客様に伝染するおそれがある重大な急性感染症の方はご搭乗いただけません。

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「診断書」などにより搭乗の適性があると判断・証明した場合には、この限りではありませんので、ご相談ください。

1. 重症疾患患者: 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、発症後6週は不適)
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方
3. 喀血を繰り返す方
4. 脳卒中急性期患者 (通常発症後4週以内は不適)
5. 検査後などで中枢神経系に空気の残存する方
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方 (頭部、胸部、腹部手術など)
11. 症状が安定していない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
※ご搭乗に際しては、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必要です。

下記の全てのチェックボックス☑ および記入欄にご記入をお願いいたします。
 また、航空機搭乗に際し、症状などの必要な内容は詳細にご記入ください。
 記載内容に不明な点があった場合には、当社より確認させていただく場合がございます。

旅客 (患者) 情報	フリガナ		年齢	歳
	お名前		性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
	診断 (病名)			
	症状など詳細	*お医者様以外の人でも分かる病名・症状をご記入ください。		
症状の始まった日 (手術を行った日)	年 月 日	妊婦の方 (出産予定日)	年 月 日	

診断内容	
1	航空旅行の適否は？ *旅程がおからだに及ぼす影響も考慮し判断してください。 <input type="checkbox"/> 適 復路便の適否は？ (往復旅程の場合) <input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否 復路搭乗日 [月 日] <input type="checkbox"/> 否
2	感染性疾患ですか？ <input type="checkbox"/> はい → 詳細をご記入ください(他者への感染のおそれの有無を含む) <input type="checkbox"/> いいえ
3	離着陸時、必要時(ベルトサイン点灯時)に 背もたれを立てたままの状態を着席 できますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ → いいえの場合、簡易ベッド(ストレッチャー)が必要ですが、弊社 には現在のところ設定がございませんのでご搭乗いただけません。
4	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？ (※) <input type="checkbox"/> 付添者なしで搭乗が可能 <input type="checkbox"/> 医師または看護師の付添いが必要 <input type="checkbox"/> 医師が認めた者の付添いが必要 → 付添者名 []
5	機内で酸素吸入を必要としますか？ <input type="checkbox"/> 必要 → 酸素量・常時吸入かをご記入ください。 <input type="checkbox"/> 不要 酸素量 <input type="text"/> ℓ/分 常時吸入 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
6	機内で人工呼吸器などの医療機器を使用 しますか？ * 医療機器設置のための座席確保には、別途料金 をお支払いいただきます。 <input type="checkbox"/> はい → 機内使用が可能な機器かの確認をいたしますので、詳細をご記入 <input type="checkbox"/> いいえ ください。 機器名 _____ メーカー _____ 製品名・型番 _____ バッテリー/サイズ _____
7	機内で薬品などを用いた医療行為を 行いますか？ <input type="checkbox"/> はい → 内容をご記入ください。 <input type="checkbox"/> いいえ
8	所見/細述 (搭乗や機内サービス上、留意すべき点があればご記入ください。)

上記のとおり診断し、患者様の搭乗に際し、航空会社が必要とする情報を患者様の同意のもと提供いたします。

お医者様 情報	フリガナ		発行年月日
	お名前 (自署)		年 月 日
	医療機関名		印
	電話番号 (内線)		緊急時の連絡先

(※) 客室乗務員は、応急処置の訓練を受けていますが、注射・薬物の投与・医療用酸素ボンベの操作などの医療行為を行うことは許されておられません。
 また、保安業務や他のお客様への機内サービスのため、特定のお客様に常時対応することはできませんので、ご了承ください。

ご搭乗に必要な手配について

【お客様もしくは代理の方がご記入ください】

下記の全てのチェックボックスの該当するものにご記入をお願いいたします。
「診断書(MEDIF)」の内容も含め、記載内容に不明な点があった場合には、当社より確認させていただくことがございます。

お客様情報	ご搭乗者	フリガナ		年齢		性別	
		お名前		歳		<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	
		連絡先	TEL		TEL		
	ご搭乗便	便名・日付	月 日	便 搭乗区間 (—)	
			月 日	便 搭乗区間 (—)	
	お付添いの方	フリガナ			<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> その他 ()
お名前							
フリガナ				<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> その他 ()	
お名前							

* SFJの係員および乗務員は、お食事・化粧室のご利用などの介助を承ることはできません。これらの介助を必要とされる場合には、付添いの方の同伴をお願いいたします。また、保安業務や他のお客様への機内サービスのため、特定のお客様に常時対応することはできませんので、ご了承ください。お医者様より、医師または看護師・医師が認めた方の付添いが必要と診断された場合は、付添者が必要です。

1	空港で車いすを利用しますか？ →ご利用の場合、歩行状況についてお知らせください。	<input type="checkbox"/> 利用しない <input type="checkbox"/> 利用する → <input type="checkbox"/> おひとりで歩行ができない <input type="checkbox"/> おひとりで歩行はできるが、階段の昇り降りにはできない <input type="checkbox"/> おひとりで階段の昇り降りにはできるが、長距離の歩行はできない
2	機内車いすは必要ですか？	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要
3	お預けになる車いすはありますか？ →お預けになる車いすがある場合は、詳細をお知らせください。 * 電動車いす(ノンシールドタイプ)をお預けの際は、空港係員にバッテリーの絶縁方法をお知らせください。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ * お客様の車いすは、チェックイン時にカウンターでお預かりし、会社が用意した車いすで飛行機までご案内いたします。 <input type="checkbox"/> 手動式 <input type="checkbox"/> 電動式 → <input type="checkbox"/> ノンシールドタイプ (非防漏型蓄電池) <input type="checkbox"/> シールドタイプ (防漏型鉛蓄電池) <input type="checkbox"/> ドライタイプ (ニッカド(Ni-Cd)、ニッケル水素(Ni-MH)等の蓄電池) ※リチウムイオン(Li-ion)の予備電池のお預けはできません。 <input type="checkbox"/> 折り畳み可 <input type="checkbox"/> 折り畳み不可 → 折り畳みできない場合は、サイズをご記入ください。 長さ: _____ cm 高さ: _____ cm 横幅: _____ cm 重量: _____ kg * 大きな車いすは、貨物スペースの関係上お預かりできない場合がございます。
4	機内で酸素ボンベを使用しますか？	<input type="checkbox"/> 使用しない <input type="checkbox"/> お客様ご自身のものを使用する
5	出発空港まで(到着空港から)寝台車を手配されている場合、詳細をご記入ください。 出発空港まで 寝台車会社名: _____ 連絡先: _____ 到着空港から 寝台車会社名: _____ 連絡先: _____ 移動先(病院名など): _____	
6	上記以外でお手伝いについてご要望がございましたらご記入ください。	