

診断書 【お医者さまによる記入】

以下のすべての欄にご記入ください。該当する方のチェックボックスに(☑)印を記入し、航空旅行に必要な記述をお願いいたします。

〈注 1〉 医師以外の人でもわかる病名、症状を併記ください。

〈注 2〉 客室乗務員は、注射や薬品の投与等の医療行為・機器操作、またお客さまの身のまわりの世話(トイレ、飲食のお手伝い等)を行うことができません。

お客さま (患者)	フリガナ			年齢	歳
	お名前			性別	
	診断(病名)・症状 〈注 1〉				
	症状の始まった日 (手術を行った日)	年	月	日	ご妊娠中の方 (出産予定日)

1	航空旅行の適否	適 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	往復旅程の場合、復路便の適否	適 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
2	離発着時、およびベルトサイン点灯時に背もたれを立てた状態で着席できますか？ ※ストレッチャーは使用できません。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>		
3	お客さま(患者)ご自身で身のまわりのことができますか？ 〈注 2〉	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>		
4	お客さま(患者)おひとりでの搭乗は可能ですか？ 〈注 2〉	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	"いいえ"の場合、付き添いの方のお名前と詳細をご記入ください。	
5	機内で医療機器を使用されますか？ 〈注 2〉	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	"はい"の場合、医療機器の詳細をご記入ください。 ■ 機器名： _____ ■ メーカー/製品名/型番： _____ ■ バッテリー/サイズ： _____	
6	機内で、薬品等を用いた医療行為を行う必要がありますか？	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	"はい"の場合、詳細をご記入ください。	
7	お客さま(患者)の現在の状態について、検査所見と治療状況を含め細述をお願いいたします。			

上記のとおり診断します。

お医者さま	フリガナ			発行年月日	
	お名前(自署)			年 月 日	
	医療機関名/専門科		住所		
	電話番号			緊急時の連絡先	

必要な手配について 【お客さま(または代理の方)による記入】

お客さま情報	フリガナ		年齢	歳																					
	お名前		性別																						
	電話番号 (携帯)																								
旅程	出発日：_____月_____日		便名：BV	搭乗区間：_____から_____まで																					
	出発日：_____月_____日		便名：BV	搭乗区間：_____から_____まで																					
付添の方	お名前 (カナ)		年齢	歳	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> その他(続柄：_____)																				
	お名前 (カナ)		年齢	歳	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> その他(続柄：_____)																				
1	空港で車いすをご利用になりますか？ いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> → カテゴリをお選びください。 <input type="checkbox"/> 単独での歩行に支障がある。(WCHC) <input type="checkbox"/> 機内での歩行には支障がないが、階段の昇降や長距離の歩行(空港内の移動)が困難であり、車いすを必要とする。(WCHS) <input type="checkbox"/> 機内での歩行、階段の昇降には支障はないが、長距離の歩行(空港内の移動)が困難であり、車いすを必要とする。(WCHR)																								
2	お客さまご自身の車いすをお預けになりますか？※ いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> <div style="text-align: center;">↓</div> 車いすのサイズをご記入ください。→ 車いすのタイプをお選びください。 <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 20%;">重量：_____kg</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/> 手動式</td> <td style="width: 10%;">→</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/> 折りたたみ式</td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr> <td>幅(W)：_____cm</td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 固定式</td> <td></td> </tr> <tr> <td>奥行(D)：_____cm</td> <td><input type="checkbox"/> 電動式</td> <td>→</td> <td>バッテリー取り外し</td> <td></td> </tr> <tr> <td>高さ(H)：_____cm</td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可</td> <td></td> </tr> </table> <div style="margin-top: 10px;"> <input type="checkbox"/> リチウムイオンバッテリー <input type="checkbox"/> ドライバッテリー (ニッケル水素、ニッカド等) <input type="checkbox"/> ウェットバッテリー (鉛蓄電池、ゲル、シリコン等) <div style="margin-left: 100px;"> <input type="checkbox"/> 防漏型 <input type="checkbox"/> 非防漏 </div> </div> <p>※ 折り畳み式の車いすは、折りたたんだ時のサイズをご記入ください。 ※ バッテリーには制限がございます。 ※ チェックインカウンターでのお預けにご協力ください。</p>					重量：_____kg	<input type="checkbox"/> 手動式	→	<input type="checkbox"/> 折りたたみ式		幅(W)：_____cm			<input type="checkbox"/> 固定式		奥行(D)：_____cm	<input type="checkbox"/> 電動式	→	バッテリー取り外し		高さ(H)：_____cm			<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	
重量：_____kg	<input type="checkbox"/> 手動式	→	<input type="checkbox"/> 折りたたみ式																						
幅(W)：_____cm			<input type="checkbox"/> 固定式																						
奥行(D)：_____cm	<input type="checkbox"/> 電動式	→	バッテリー取り外し																						
高さ(H)：_____cm			<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可																						
3	機内で酸素濃縮器などの医療電子機器を使用しますか？ いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> → “はい”の場合、機内での使用可否の確認のため事前に医療電子機器の詳細をコンタクトセンターまでご連絡ください。																								

同意書

お客さまへ： 旅行の手配に際し、ご一読の上、ご署名をお願いいたします。

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 _____ 医師が、関係航空会社に対して提供することに同意します。

また、これに伴い、私はその情報に関する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。

日付 _____

お客さま(または代理人の方)ご署名 _____