

## 診断書の記入に際してのご案内

飛行機移動は飛行時間、飛行高度など気象条件が、お客様のおからだに悪影響を与える可能性もあるためお客様のご容態によってはご搭乗いただけない場合もございます。

### ◆個人情報取り扱いについて

診断書に記載された個人情報は、トキエアのプライバシーポリシーに基づき適切に取り扱います。

### ◆ 診断書の記入・提出が必要なお客様

- ①機内にて酸素吸入、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「その他の症状の方」に該当される方
- ④妊婦『出産予定日より28日以内(出産予定日を含む)』
- ⑤上記の他にケガ、治療中の疾病や最近受けた手術が航空機での移動によりおからだに影響を及ぼす可能性のある方

### ◆ 診断書について※会社所定の様式以外の診断書についても下記条件を満たしていれば有効。

旅客が飛行機移動を行うにあたり、健康上支障が無いと医師が証明し、明記したものであること。

搭乗日を含めて14日以内に発行されたもの。妊婦の場合は、搭乗日を含めて7日以内に発行されたもの。往復旅程の復路について、診断書設問の「航空旅行の適否」箇所が「適」の場合には、復路便が上記発行期間外の場合でも往復便ともに有効です。

※ただし、病気やけがをなされている方の医療輸送、心臓、呼吸器、脳神経疾患など体調が急変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病状、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。

#### 【お客様へ】

お客様記入欄に必要事項を記入の上、同意書をご一読いただきご署名(捺印)をお願いいたします。

#### 【お医者様へ】

診断書の記入に際しましては、「旅程がお客様(患者さま)の身体に及ぼす影響を考慮して航空旅行の可否」をご診断願います。また、留意事項等を診断書下部の所見、細述欄にお書き添えください。

### ◆ 診断書提出の流れ

◇下記までご連絡下さい。ご容態に合わせてご案内いたします。

TOKI サポート(コールセンター) 営業時間: 8:00~20:00 年中無休

お電話番号: 0570-023-237 メールアドレス: [contact@toki-air.com](mailto:contact@toki-air.com)

### 航空機内の状況とおからだに影響を及ぼす可能性について(機内の気圧の変化、酸素濃度の低下)

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低く、標高 2,000~2,500 メートルの山に登っている(富士山の 5 合目程度)と同じ状況です。

また、離陸・着陸時の 15 分から 30 分間には大きな気圧の変化が生じます。気圧が低下すると体内中のガスは膨張し、体外に排出されない(できない状態の)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、航空性中耳炎や呼吸困難になることも考えられます。また、飛行中の機内の気圧は地上に比べて 70%~80%に減少します。呼吸器の障害、心臓の障害、脳血管の障害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、酸素不足が妊娠後期の妊婦や新生児にも悪影響を及ぼすことがあります。

## 参考資料(ご搭乗されるお客様、お医者様へ)

新型インフルエンザ等感染症、新感染症、一類、二類、三類感染症

その他伝染の恐れのある重大な急性感染症の方、感染症の疑いがある方はご搭乗いただけません。

### 航空機移動に適していない状態

- 学校保健安全法に定められた学校において予防すべき感染症の種類と出席停止期間に該当する方  
 ※病状により、医師において感染の恐れがないと認められた場合はこの限りではありません。

病名	出席停止期間
インフルエンザ	発症した後 5 日を経過し、かつ熱が下がった後 2 日を経過するまで
百日咳	特有の咳が消失するまで、または 5 日間の適正な抗菌性物質製剤による治療が終了するまで
麻疹(はしか)	熱が下がった後 3 日を経過するまで
流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)	耳下腺、顎下腺または舌下腺の腫れが発現した後 5 日を経過し、かつ全身状態が良好になるまで
風しん(三日はしか)	発疹が消えるまで
水痘(水ぼうそう)	全ての発疹がかさぶたになるまで
咽頭結膜炎(プール熱)	主な症状がなくなった後 2 日を経過するまで
結核、髄膜炎菌性髄膜炎	症状により医師が感染の恐れがないと認めるまで
新型コロナウイルス感染症	発症した後五日を経過し、かつ、症状が軽快した後一日を経過するまで

#### ■その他の症状の方

以下の状態である方も航空機での移動には適しておりませんが、症状や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正があると判断・証明した場合には、この限りではありません。

- ①重症心疾患患者、重症心不全、チアノーゼ性心疾患(通常発病後6週間以内は不適)
- ②不安定狭心症、急性心筋梗塞(通常発病後2週間以内は不適)
- ③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、最近発病した気胸患者で肺の拡張が完全でない方
- ④咯血を繰り返す方
- ⑤脳卒中急性期患者(通常発病後4週間以内は不適)
- ⑥頭蓋内圧上昇をきたす頭部疾患患者
- 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症状が安定していないアルコールその他の中毒患者
- ⑫眼球手術など術後に体内に空気や他の気体が残存している方
- ⑬生後 7 日以前の新生児
- ⑭出産予定日より28日以内(出産予定日を含む)

※ご搭乗に際しては、医師の証明として搭乗日を含めて7日以内に作成された「診断書」が必要。  
 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。

## 診断書 MEDICAL INFORMATION FORM

【お医者様記入】

以下のすべての欄にご記入下さい。該当する方のチェックボックスに☑を記入し、航空機移動に必要な記述を詳細をお願いいたします。

〈注1〉医師以外の人でも分かる病名、症状を併記下さい。

〈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。

〈注3〉記載内容に不明点があった場合には、当社または専門の医療機関より確認させていただくことができます。

お客様(患者)情報	フリガナ		年齢	歳
	お名前		性別	男・女・無記入
	診断・病名			
	症状(詳細に) 〈注1〉			
	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	航空機移動の適否	往路:〈搭乗予定日 年 月 日〉 適 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 復路:〈搭乗予定日 年 月 日〉 適 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
2	離発着時、及びベルトサイン点灯時に背もたれを立てたままの状態です席できますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ※ストレッチャーは使用できません。
3	お客様ご自身で身の回りのことができますか。〈注2〉	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
4	機内で酸素吸入を必要としますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 常時吸入が必要ですか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
5	付添い者(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。〈注2〉	<input type="checkbox"/> 付き添い者なしで搭乗が可能※機器操作を熟知し自身で操作できること <input type="checkbox"/> 医師または看護師の付き添いが必要 <input type="checkbox"/> 医師が認めた者の付き添いが必要 付き添い者: _____
6	機内で医療機器を使用されますか。〈注2〉	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ “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: _____
7	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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ “はい”の場合、詳細をご記入下さい。
8	所見/細述(搭乗や機内にて留意すべき点があればお知らせください。)	

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/専門科	住所	
	電話番号	緊急連絡先	

## お客様記入欄(代理による記入も可)

お客様情報	ご搭乗者	フリガナ		年齢	歳	
		お名前		性別	男・女・無記入	
		電話番号				
		メールアドレス				
	ご搭乗便		月	日	便	搭乗区間( - )
			月	日	便	搭乗区間( - )
	付き添いの方	フリガナ			<input type="checkbox"/> 医師	
		お名前			<input type="checkbox"/> 看護師	
		フリガナ			<input type="checkbox"/> その他	
		お名前			<input type="checkbox"/> 医師	
				<input type="checkbox"/> 看護師		
				<input type="checkbox"/> その他		

係員および乗務員は、化粧室のご利用などの介助を承ることはできません。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、予めご了承ください。お医者さまより、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。

### 手配内容

1	<p>空港で車いすを使用しますか。 <input type="checkbox"/>使用する <input type="checkbox"/>使用しない</p> <p>使用する場合、歩行状況についてお知らせ下さい。 <input type="checkbox"/>一人で歩行ができない(WCHC)  <input type="checkbox"/>一人で歩行はできるが階段の昇り降りができない(WCHS)  <input type="checkbox"/>階段の昇り降りはできるが長距離歩行はできない(WCHR)</p>
2	<p>お客様ご自身の車いすをお預けされますか。 <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p> <p>お預けされる場合、詳細をお知らせ下さい。 <input type="checkbox"/>手動式 <input type="checkbox"/>電動式</p> <p><b>電動式の場合、バッテリーの種類をお知らせ下さい。</b></p> <p><input type="checkbox"/>リチウムイオン電池  <input type="checkbox"/>ニカド、ニッケル水素電池(Ni-Cd, Ni-MH)  <input type="checkbox"/>防漏型湿式電池(シールドタイプのウェットバッテリー)  <input type="checkbox"/>非防漏型湿式電池(ノンシールドタイプのウェットバッテリー)</p> <p><b>※バッテリーには制限がございます。別途当社の「車椅子確認仕様書」にて詳細をお知らせください。</b></p> <p><b>サイズ(折りたたみ式の車いすは折りたたみ時)、重量をお知らせください。</b></p> <p><input type="checkbox"/>折りたたみ可 <input type="checkbox"/>折りたたみ不可</p> <p>高さ: _____cm 横幅: _____cm 奥行: _____cm 重量: _____kg</p> <p><b>※飛行機の貨物室に収納できない大きさの車椅子をお持ちの場合、お預かりできない場合がございます。</b>  <b>※電動車椅子をお預けの際には、ご自身でバッテリーの短絡(ショート)防止の処置をお願いいたします。</b></p>
3	<p>機内で医療電子機器を使用しますか。 <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p> <p>使用される場合、詳細をお知らせ下さい。 詳細: _____</p> <p><b>※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サポートセンターまでご連絡ください。</b></p>
4	<p>機内でご自身の酸素ボトルを使用しますか。 <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p> <p><b>※使用される場合、別途当社の「医療用酸素ボトル仕様確認書」にて詳細をお知らせ下さい。</b></p>
5	<p>妊娠中で出産予定日より28日以内の場合は、詳細をお知らせください。</p> <p>予定日: _____</p> <p>体調に関して心配事がありますか? <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり 詳細: _____</p>

## 同意書

お客様へ：航空機移動に際し、ご一読上ご署名願います。

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。私は、航空会社が私の運送を引受けた場合には、その運送には航空会社の運送約款および規則が適用になること、また航空会社はその運送約款およ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。今後名目の如何を問わず航空会社に対し一切請求いたしません。

日付： \_\_\_\_\_ 予約番号： \_\_\_\_\_ お客様ご署名(代理の方)： \_\_\_\_\_ 印

## 誓約書

トキエア株式会社  
代表取締役 長谷川 政樹 殿

### 誓約書

トキエアの航空機に搭乗するにあたり、以下の事項を厳守することをここに誓約いたします。  
記

1. 搭乗から搭乗終了までトキエア株式会社職員の指示に従うこと。
2. 貴社の信用と品質を失墜させぬよう行動し、本件で起きたことは SNS 等に載せないこと。
3. 故意または重大な過失により貴社に損害を与えた際はその賠償責任を負うこと。
4. 本件に関しては、今後名目の如何を問わず、トキエアに対し一切請求しないこと。

以上

日付： \_\_\_\_\_ 住所： \_\_\_\_\_ ご署名： \_\_\_\_\_ 印