

## 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、ご病気のお客さま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さま(患者さま)でもご利用いただけるとは限りません。

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キロ程度で巡航します。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のと等しい状態です。(富士山の5合目程度)。また、離着陸時の前後15～30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為、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ございます。

### 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①～⑤のいずれかの該当されるお客さまには、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 簡易ベッド(ストレッチャー)を使用される方
- ③ 重症傷病患者
- ④ 次ページ参考資料の項目(1～14)に該当される方
- ⑤ 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方

診断書は以下の場合を除き、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。

- \* ストレッチャーを利用した医療搬送の場合…… 搭乗日を含めて10日以内
- \* 妊婦の場合(下記の何れかに該当する場合)…… 搭乗日を含めて7日以内
  - ・ 出産予定日から28日以内の方
  - ・ 予定日がはっきりしない方
  - ・ 双子またはそれ以上妊娠されている方
  - ・ 過去に流産の経験がある方
- \* 新生児(生後7日以内)の緊急輸送の場合…… 搭乗日を含めて2日以内

なお、ご旅行中に症状や体調に変化があった場合は、改めて診断書をご用意ください。

### お客さまへ:

「必要な手配について」の同意書をお読みいただいた上でご署名(捺印)をお願いいたします。

**診断書本紙は、搭乗手続きの際にご提示いただく必要はございません。**

**プライオリティゲストセンターへの提出は便出発の48時間前までをお願いいたします。**

### お医者さまへ:

診断書(MEDIF)にご記入願います。記入に際しましては、「旅程がお客さま(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。

## 参考資料

航空機搭乗により、他者に伝染する恐れがある重大な感染症の方は、ご搭乗いただけません

以下の状態にある方は、原則航空機を使用した移動には適しておりませんが、病状、体調等が安定しており、診断書により医師が搭乗の適性があると判断した場合は、搭乗いただけることもございますので、ご相談ください。

- 重症心不全、不安定狭心症、急性心筋梗塞発症後6週間以内、コントロール不良な重症不整脈などの重篤な心疾患を持つ状態および心疾患手術後(カテーテル手術を含む)の病状不安定期(21日以内)、血管造影72時間以内、血管造影(動脈拡張)後4日以内、肺水腫
- 血栓性静脈炎、無治療の深部静脈血栓症、肺動脈血栓症、肺塞栓
- 重症呼吸不全、重症慢性閉塞性肺疾患、重症気管支喘息、肺の拡張が完全ではない気胸、血気胸、肺炎、肺気腫、肺線維胸部手術後14日以内
- 脳卒中(脳梗塞、くも膜下出血、脳出血、一過性脳虚血発作等)急性期(発病後4週間)、頭蓋内圧上昇を来す疾患やコントロール不十分な痙攣性疾患(てんかん)、頭蓋手術14日以内、検査等で中枢神経系に空気の残存する状態
- 重症貧血、鎌状赤血球症、異常ヘモグロビン症
- 胃腸出血、吐血・下血・出血の危険のある消化器疾患(胃潰瘍・十二指腸潰瘍急性期)、腸閉塞、大腸ポリペクトミー術後1週間以内、大腸検査当日、腹部の大手術(虫垂、腹腔鏡手術(鍵穴)を含む)14日以内、腹腔鏡検査14日以内
- 耳鼻咽喉科疾患急性期(中耳炎、副鼻腔炎)、中耳の術後及び扁桃切除14日以内、あごのワイヤー矯正、著しい開口障害を有する状態
- 眼球内手術14日以内、穿通性眼外傷で眼球内のガスが全て吸収されていない状態、白内障手術・角膜レーザー手術後4日以内
- 術後の創部が十分に治癒していない状態、術後の体内に空気や他の気体が残存している状態
- 減圧症(潜水病)急性期の状態
- 重症骨折(フルギブス等)受傷後48時間以内、やけど
- 五類感染症のうち航空機内にて他者に伝染する恐れのある感染症および学校保健安全法で出席の停止が定められている感染症(インフルエンザ、百日咳、麻疹、流行性耳下腺炎、風疹、水痘、咽頭結膜熱、結核、流行性角結膜炎、急性出血性結膜炎)のうち学校保健安全法による出席停止期間の基準を過ぎていない状態。流行性耳下腺炎、風疹、水痘は学校保健安全法で具体的な日数が定められていないが、発症後10日以内の場合とし、発症後11日を経過している場合、診断書は不要とする。

病名	診断書の対象期間
1 インフルエンザ	解熱した後2日を経過するまで
2 百日咳	特有の咳が消失するまで
3 麻疹(はしか)	解熱した後3日を経過するまで
4 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)	耳下腺の腫脹が消失するまで
5 風疹(三日ばしか)	発疹が消失するまで
6 水痘(みずぼうそう)	全ての発疹が痂皮化するまで
7 咽頭結膜熱(プール熱)	主要症状が消退した後2日を経過するまで
8 流行性角結膜炎(はやり目)	伝染の恐れがなくなったと医師が認めるまで
9 急性出血性結膜炎(アポロ熱)	伝染の恐れがなくなったと医師が認めるまで
10 結核	伝染の恐れがなくなったと医師が認めるまで

- 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いたしません)。ただし、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。
- 生後7日以内の新生児。

# 診断書 MEDICAL INFORMATION FORM (MEDIF)

(医師による記入)

以下のすべての欄にご記入ください。“はい”、“いいえ”の欄については、該当する方に(√)印を記入し、航空旅行に際して必要な記述をお願いいたします。

<注1> MEDA3については、医師以外の人でも判る病名、症状を併記してください。MEDA4については、旅程が身体に及ぼす影響も考慮願います。

<注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、薬物の投与、医療酸素ボトルの操作等の医療行為を行うことは許されていません。また、お客さまの身の回りの世話等(トイレのお手伝い、飲食のお手伝い等)を行うこと出来ませんので、予めご了承願います。

<注3> 医療器具の設置のための座席確保や、医療器具の用意、設置に伴う経費等は別料金・費用を申し受ける場合もございます。

<b>MEDA1</b>	お客さま(患者)のお名前		年齢	性別
<b>MEDA2</b>	医師	お名前 医療機関名/専門科		住所
		電話番号(医療機関)		(緊急時の連絡先)
<b>MEDA3</b>	診断(病名)・症状			
<注1>	症状の始まった日 (手術を行った日)			
<b>MEDA4</b>	経過(予後)と航空旅行の適否		適 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
<注1>			復路便での適否 (往復旅程の場合)	適 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
<b>MEDA5</b>	感染性疾患ですか?		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			
<b>MEDA6</b>	お客さま(患者)容態、及び状態は、他のお客さまに危害等を与えますか? またはその可能性はありますか?		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			
<b>MEDA7</b>	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を着席できますか?		はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
<b>MEDA8</b>	お客さま(患者)ご自身で身のまわりのことができますか?(食事、トイレ使用、客室乗務員とのコミュニケーション等) <注2>		はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
<b>MEDA9</b>	付添の方が必要な場合、その調整は十分ですか? <注2>		はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
			お客様(患者)おひとりでの搭乗は可能ですか?	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
<b>MEDA10</b>	機内で酸素吸入を必要としますか?		はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
	常時使用しますか?		はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
			“はい”の場合は、酸素量(ℓ/分)をお知らせください	酸素量(ℓ/分) <input type="text"/> ℓ/分
			酸素ボトルの操作は、お客さま(患者)ご自身又は付添の方で可能ですか?	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
<b>MEDA11</b>	(a) 空港において		はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
	空港・機内で、薬物等を用いた医療行為を行う必要がありますか? <注2>		“はい”の場合、詳細をご記入ください	
<b>MEDA12</b>	(b) 機内において		はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
	また人工呼吸器等の特殊医療機器を使用されますか? <注3>		“はい”の場合、詳細をご記入ください	
	※医療機器から発せられる電磁波の強度によっては、機内での使用が制限される場合があります。 ※医療機器に内蔵された電池の種類によっては、輸送が制限される場合があります。			
<b>MEDA13</b>	(a) 乗り継ぎ時(含、宿泊)		はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
	乗り継ぎ時や到着後入院が必要ですか?		“はい”の場合は、手配の内容をご記入ください	
<b>MEDA14</b>	(b) 到着後		はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
			“はい”の場合は、手配の内容をご記入ください	
<b>MEDA15</b>	その他、特殊な食事、機内サービス等、特に留意すべき点はありますか?		いいえ <input type="checkbox"/>	はい <input type="checkbox"/>
	“はい”の場合は、詳細をご記入ください<注3>			
<b>MEDA16</b>	その他、手配されたことがありましたらご記入ください。			

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。

発行年月日

医療機関名

医師名(ご署名)

# 必要な手配について (お客さまによる記入)

旅程	便名: _____	搭乗クラス: _____	日付: _____ 月 _____ 日	搭乗区間: _____ から _____ まで
	便名: _____	搭乗クラス: _____	日付: _____ 月 _____ 日	搭乗区間: _____ から _____ まで
	便名: _____	搭乗クラス: _____	日付: _____ 月 _____ 日	搭乗区間: _____ から _____ まで
	便名: _____	搭乗クラス: _____	日付: _____ 月 _____ 日	搭乗区間: _____ から _____ まで

1. 空港で車いすをご利用になりますか？

いいえ

はい  → どの程度お歩きになれますか？

単独での歩行に支障がある (WCHC)

機内での歩行には支障が無いが、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)

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. お客さま自身の車いすをご利用になりますか？

いいえ

はい  (下記“①”~“④”に関する情報をご提供ください)

<p><b>① 車いすのサイズは？</b></p> <p>(重量: kg)</p> <p>(幅(W): cm)</p> <p>(奥行(D): cm)</p> <p>(高さ(H): cm)</p> <p>折りたたみ式の車いすは折りたたんだ時のサイズをご記入願います。</p>	<p><b>② 車いすの形状は？</b></p> <p><input type="checkbox"/> 折りたたみ式</p> <p><input type="checkbox"/> 固定式</p> <p><input type="checkbox"/> 座高・角度調整式</p> <p><input type="checkbox"/> ガス シリンダー使用 (制限品対象)</p> <p><b>(ガスシリンダーの取り扱いには、制限がございます)</b></p> <p><input type="checkbox"/> “危険物除外品”シールがある (非制限品) (日本車いすシーティング協会 発行)</p> <p><input type="checkbox"/> ガスシリンダー部分が日本製の車椅子である (非制限品)</p> <p><input type="checkbox"/> 外国製の車椅子である</p> <p>お客さまによるメーカーの確認が必要となります *1</p> <p>(<input type="checkbox"/> 確認済み)</p>	<p><b>③ 車いす動力は？</b></p> <p><input type="checkbox"/> 手動式 (WCMP)</p> <p><input type="checkbox"/> 電動式</p> <p><input type="checkbox"/> 湿式蓄電池(ウェット バッテリー/WCBW)</p> <p><input type="checkbox"/> 非防漏型</p> <p><input type="checkbox"/> 防漏型</p> <p><input type="checkbox"/> その他 ( )</p> <p><input type="checkbox"/> ドライ バッテリー(WCBD)</p> <p><input type="checkbox"/> ドライ バッテリー (リチウムイオンバッテリー以外)</p> <p><input type="checkbox"/> ドライ バッテリー (リチウムイオンバッテリー)</p> <p><b>車いすに使用されているリチウム電池には、制限がございます *2</b></p>
<p><b>④ お預けになる場所は？ *3</b></p> <p><input type="checkbox"/> 搭乗手続き(チェックイン)時にお預けになる</p> <p><input type="checkbox"/> 搭乗口(ゲート)までのご利用を希望される</p>		
<p>補足)</p> <p>*1: ガスシリンダーを使用した車いすのお取り扱い、国内線に限定されています。(国際線ではお取り扱い出来ません)</p> <p>ガスシリンダー部分が“外国製”の場合は、ガスシリンダーが「ATA Dangerous Goods Regulations」に定める「特別規定A114」の条件を満たしていることを記載したメーカー発行の証明書(英文)が必要となります。</p> <p>*2: リチウムイオンバッテリーは取り外して機内に持ち込むことはできません。また、予備のバッテリーはお預かり・機内持込ともにできません。</p> <p>*3: 電動式車いすは、空港施設の制限や当日使用する駐機場により搭乗口でお預かりできない場合がありますので、搭乗手続き(チェックイン)時のお預けにご協力ください。</p>		

3. 機内用車いすをご利用になりますか？

いいえ  はい  (WCOB)

4. 機内で酸素ボトルを使用されますか？

いいえ

はい  →  お客さま自身の酸素ボトルを使用される

当社所有の酸素ボトルの貸し出しを希望される

補足) 米国離発着便(含むグアム)では、個人用酸素ボトルは受託・機内持込ともに禁止されています。当社所有の酸素ボトルでも、客室乗務員は操作する事ができません、お客さま自身(もしくは付添いの方)で操作頂きます。

5. 機内で簡易ベッド(ストレッチャー)は必要ですか？

いいえ  はい

6. 寝台車をご利用する予定はございますか？

(出発地)	いいえ <input type="checkbox"/>	寝台車会社名: _____	連絡先: _____ (担当者: _____)
	はい <input type="checkbox"/> →	行先: _____	
(到着地)	いいえ <input type="checkbox"/>	寝台車会社名: _____	連絡先: _____ (担当者: _____)
	はい <input type="checkbox"/> →	行先: _____	

7. 付添の方はいらっしゃいますか？

いいえ

はい  →

1. 氏名: _____	年齢: _____	性別: _____	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> その他( )
2. 氏名: _____	年齢: _____	性別: _____	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> その他( )
3. 氏名: _____	年齢: _____	性別: _____	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> その他( )

## 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、関係航空会社に対して提供する事に同意します。 (病院名/医師名)

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 \_\_\_\_\_ お客さまご署名 \_\_\_\_\_ (印)

(または代理人の方)