

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。(注1)

- * 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
 - ・ 過去に早産の経験がある方
- * 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

(注1) 医師により別途有効期限を定められた場合は、その期限内は再提出の必要はありません。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時間前までにお願いいたします。

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。

1. 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
2. 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
3. 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、
肺線維症、胸部手術後14日以内
4. 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)、頭蓋内圧上昇を来た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
5. 重症貧血、鎌状赤血球症、異常ヘモグロビン症
6. 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
7. 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
8. 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
9. 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
10. 減圧症(潜水病)急性期の状態
11. 重症骨折(フルギプス等)受傷後48時間以内、やけど
12. 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、新型コロナウイルス感染症、結核、流行性角結膜炎
急性出血性結膜炎、髄膜炎菌性髄膜炎)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。風疹、水痘
流行性結膜炎、急性出血性結膜炎、結核、髄膜炎菌性髄膜炎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	発症した後5日を経過し、かつ解熱した後2日(幼児にあつては3日)を経過するまで
2 百日咳	特有の咳が消失するまで又は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
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、顎下腺又は舌下腺の腫脹が発現した後5日を経過し、かつ全身状態が良好になるまで
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 新型コロナウイルス感染症	発症した後5日を経過し、かつ、症状が軽快した後1日を経過するまで
9 流行性角結膜炎(はやり目)	伝染の恐れがなくなつたと医師が認めるまで
10 急性出血性結膜炎(アポロ熱)	伝染の恐れがなくなつたと医師が認めるまで
11 結核	伝染の恐れがなくなつたと医師が認めるまで
12 髄膜炎菌性髄膜炎	伝染の恐れがなくなつたと医師が認めるまで

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。
14. 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おりません。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、あらかじめご了承ください。

<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。

<注4> 搭乗日を含め14日以内(ストレッチャーご利用の場合は10日以内)の日付で作成いただくようお願いいたします。なお、医師により定められた有効期間がある場合には所見欄に有効期限を記載願います。

MEDA1	フリガナ お客さま(患者)のお名前		年齢	性別
MEDA2	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)		
MEDA3 <注1>	診断(病名)・症状			
	症状の始まった日 (手術を行った日)			
MEDA4 <注1>	経過(予後)と航空旅行の適否	適 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>	復路便での適否 (往復旅程の場合)
				適 <input type="checkbox"/>
				否 <input type="checkbox"/>
MEDA5	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(他者への感染の可能性、予防策など)
MEDA6	お客さま(患者)容態、および状態は、ほか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
MEDA7	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ままの状態を着席できますか?	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>	“いいえ”の場合は、ストレッチャー手配が必要ですか? はい <input type="checkbox"/>
				いいえ <input type="checkbox"/>
				*ストレッチャー手配につきましては、別途搭乗便の調整・料金が必要となります。
MEDA8	お客さま(患者)おひとりの搭乗は可能ですか? <注2>	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>	
MEDA9	付き添いの方が必要な場合は、医師・看護師または医師が認めた方ですか? <注2>	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>	
MEDA10	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"/>	“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
	離発着時を含め常時使用しますか?	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>	使用方法をお選びください* 同調 <input type="checkbox"/>
	酸素ボトルの操作は、お客さま(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"/>	連続(吹き流し) <input type="checkbox"/>
				*呼吸同調器は、呼吸にあわせて酸素を吸う時だけ酸素ボンベから酸素を供給する器械
MEDA11	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 <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
	また医療機器を使用されますか? <注3> (例 人工呼吸器、吸引器など)	(a) 空港において はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>	■メーカー名: _____
		(b) 機内において はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>	■製品名(型番): _____
MEDA12	医療機器に使用するためのバッテリー(予備を含む)は生命維持のために必要ですか?	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>	■バッテリー: _____
				*バッテリーは航空輸送上の制限品にあたるため、種類や個数・容量によって輸送が制限されております。
MEDA13	乗り継ぎ時(含、宿泊)	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
	乗り継ぎ時や到着後入院が必要ですか?	(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
MEDA14				
MEDA15	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?	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>	“はい”の場合は、詳細をご記入ください<注3>
MEDA16	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。

(お客さま(患者)からの要請により、適正があると判断された場合はご記入ください。)

病状・体調などが安定しているため、診断書は 年 月 日 まで有効と判断いたします。

上記のとおり診断します。

フリガナ

発行年月日<注4> 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: _____ 日付: _____ 月 _____ 日 予約番号: _____ 搭乗区間: _____ から _____ まで
	便名: _____ 日付: _____ 月 _____ 日 予約番号: _____ 搭乗区間: _____ から _____ まで
	便名: _____ 日付: _____ 月 _____ 日 予約番号: _____ 搭乗区間: _____ から _____ まで
	便名: _____ 日付: _____ 月 _____ 日 予約番号: _____ 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. お客さまご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)

① 車いすのサイズは？

(重量: _____ kg)

(幅(W): _____ cm)

(奥行(D): _____ cm)

(高さ(H): _____ cm)

※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。

② 車いすの形状は？

折りたたみ式

固定式

座高・角度調整式

③ 車いす動力は？

手動式

電動式 *1 → バッテリー取外し 可 不可

ニッケル水素

ニカド

リチウムイオン

鉛蓄電池 } 防漏型

ゲルバッテリー } 非防漏型

シリコンバッテリー

④ 予備バッテリー有無

あり *2

なし

⑤ お預けになる場所は？ *3

搭乗手続き(チェックイン)時にお預けになる

搭乗口(ゲート)までのご利用を希望される

補足) *1: 電動式車いすは、空港にて目視でも確認させていただきますのでご了承ください。バッテリーの確認が困難なタイプの場合は、取扱説明書の持参をおすすめしております。

*2: ニッケル水素・ニカドの予備バッテリーは2個までお預かりできます。
リチウムイオンバッテリーの予備バッテリーは1個の場合300wh、2個の場合はそれぞれ160whを超えないものは機内持ち込みができます。
防漏型の場合、予備バッテリーは1個のみお預かり可能です。非防漏型の場合は、予備バッテリーは法令により、機内持ち込みもお預かりもできません。

*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。

3. 1で“単独での歩行に支障がある(WCHC)”とお答えの方におたずねいたします。

飛行中、機内用車いすをご利用になりますか？(トイレ使用時の移動のため等) 　いいえ 　はい

4. 機内で酸素ボトルを使用されますか？

いいえ

はい → お客さまご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(手配した酸素ボトルの料金をいただきます。未使用分の料金の払い戻しはできません。)

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、お客さまご自身(もしくは付き添いの方)で操作いただけます。
原則、ストレッチャー以外のお客さまには小型酸素ボトル/呼吸同調器併用にてご案内させていただきます。

5. 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(カナ): _____
		行先: _____	
(到着地) 　いいえ <input type="checkbox"/>	寝台車会社名: _____	連絡先: _____	担当者(カナ): _____
		行先: _____	

6. 付添の方はいらっしゃいますか？

いいえ

はい →

1. 氏名(カナ): _____	年齢: _____	性別: _____	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> その他(_____)
2. 氏名(カナ): _____	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、ご署名を願致します

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。

フリガナ
日付 _____ お客さまご署名 _____
フリガナ
(または代理人の方) _____