

診 断 書

妊婦氏名 _____ 年齢 満 _____ 歳

住所 _____ 既往分娩 _____ 回

1. 妊婦 満 _____ 週 (第 _____ 月)

2. 分娩予定日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

3. 今回妊婦経過中の異常 なし ・ あり

本日の診察の時点では、航空旅行に支障を来たす恐れのある所見は認められません。

以上の通り診断致します。

_____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時

施設名 _____

医師名 _____ 印

必要な手配について

お客様による記入

(旅程) 搭乗予定便名/月日	便	月	日	搭乗区間	より	まで
	便	月	日	搭乗区間	より	まで
	便	月	日	搭乗区間	より	まで

1. 空港で車いすは必要ですか？

はい どの程度お歩きになれますか？

いいえ

長い距離は歩けない (WCHR)
 階段の上り下りは出来ない (WCHS)
 歩行出来ない (WCHC)

2. お客様ご自身の車いすを預けますか？

はい 手動式 (WCMP) チェック・イン時に預ける

いいえ 電動式 搭乗ゲートまで利用したい

シールド型 (WCBW/防漏タイプ)
 その他
 密閉型蓄電池使用 (WCBD)

※但し、当日の天候、駐機場によっては対応できない場合もありますのでご了承願います。

(電動車いすについて)
 ※電動車いすは1便当りのお預りできる台数に制限があります。
 ※電動式の場合は飛行機への積込みに時間を要する為、チェック・イン時にお預けいただきます。

3. 機内用車いすは必要ですか、(WCOB)

はい

いいえ

4. 機内では簡易ベッド(ストレッチャー)の手配が必要でしょうか。

いいえ はい (この場合、医師の診断書と付添人が必要です。)

5. 寝台車をお使いの予定ですか (出発地)	いいえ <input type="checkbox"/>	寝台車会社名及び連絡先	
	はい <input type="checkbox"/>	行先	
(到着地)	いいえ <input type="checkbox"/>	寝台車会社名及び連絡先	
	はい <input type="checkbox"/>	行先	

6. 付添の方 付添人としての教育を受けている場合は

付添人(ESCORT)、

受けていない場合は

同行人(TRAVEL COMPANION)

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

同意書

オリエンタル エアブリッジ 株式会社 殿

お客様へ： 旅行の手配に際し、ご一読の上、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。 (病院名/医師名)

またこれに伴い、私は、その情報に関わる限度において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き受けた場合には、その運送には航空会社の運送約款及び規則が適用になること、また航空会社はその運送約款及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。

住所：

日付：

お客様署名：

Ⓢ

(または代理人の方)

書類取扱い： 「必要な手配について」と「診断書」の本紙は航空券に添付。

(社内)

搭乗区間別の枚数はコピーし航空券に添付。各区間の搭乗手続きに際し発地KI/KDはコピー1組を客室乗務員に手渡し着地KI/KDで保管する。