

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、ご病気のお客様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、どのようなご病気のお客様（患者様）でもご利用いただけるとは限りません。

当社の航空機（DH8-200）は、高度 7,500 メートル（25,000 フィート）以下を巡航します。上空は気圧が低い為に機内は与圧されています。通常、客室内の気圧は地上より低く、標高 2,000 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の 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あります。

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に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のいずれかに該当されるお客様には、この診断書 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 次ページの参考資料の項目 1～13 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場合にも提出をお願いしております。

診断書は旅行開始日より 14 日以内に作成されたものをご用意いただきます。ただし、病人、けが人の医療搬送の場合や、心臓、呼吸器、脳神経、精神神経疾患などのように病状・体調が急に変化するおそれのある疾患をお持ちの方、及び出産予定日から 28 日以内の妊婦の方は、旅行開始日より 7 日以内に作成されたものをご用意いただきます。

なお、上述の日数以前の予約手配も承りますのでご相談ください。

ご旅行中に病状や体調に変化があった場合は改めて診断書の提出をお願いしております。

診断書本紙は搭乗手続きの際にご提出ください。

お客様へ： 3 ページ目の「必要な手配について」を記入し、同意書をお読みいただいた上で記入、署名、なつ印願います。

お医者様へ： 4 ページ目の診断書に記入願います。記入に際しましては「旅程が旅客（患者）の身体に及ぼす影響を考慮して航空旅行の適否」をご診断願います。また、留意事項等を診断書下部の所見・細述欄にお書添え願います。

参 考 資 料

「航空機搭乗により、他のお客様に伝染する恐れのある重大な感染症の方はご搭乗いただけません。」

また、以下の状態にある方も航空旅行には適しておりませんが、病状、体調等が安定しており、医師が搭乗の適性を証明し、かつ医師の付き添いのある場合はご搭乗いただけることもありますのでご相談下さい。

1. 重症心疾患患者；重症心不全、チアノーゼ性心疾患、不安定狭心症、急性心筋梗塞（通常発症後6週以内は不適）
2. 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、最近発症した気胸患者で肺の拡張が完全でない者
3. 咯血を繰り返す者
4. 脳卒中急性期患者（通常発症後4週以内は不適）
5. 検査後などで中枢神経系に空気の残存する者
6. 頭蓋内圧上昇を来す頭部疾患患者
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. 病状が安定していない精神神経疾患患者ならびにアルコールその他の中毒患者
12. 生後7日以前の新生児
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。）
但し、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。

尚、患者の医療搬送については別途ご相談ください。

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 いいえ

→

どの程度お歩きになれますか？

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 いいえ

↙ ↘

手動式 (WCMP) 電動式

→

チェック・イン時に預ける

搭乗ゲートまで利用したい

※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。

一般蓄電池使用 (WCBW)

シールド型 (WCBW/防漏タイプ)

その他

密閉型蓄電池使用 (WCBD)

(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)

搭乗区間分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。

診 断 書 MEDICAL INFORMATION FORM (MEDIF)

オリエンタル エアブリッジ 株式会社 殿

医師による記入 以下のすべての欄に記入願います。
 “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、必要な記述をお願いいたします。

1. MEDA3及びMEDA4については、医師以外の人でも判る病名、症状を併記して下さい。
 2. 客室乗務員は、応急処置の訓練を受けておりますが、注射及び薬物による治療をすることは許されておられません。
- 〈注〉 又、他のお客様への機内サービス対応のため、病人旅客や特定のお客様に常時お世話をすることは出来ませんのでご了承願います。
3. 医療器具の設置のための座席確保、医療器具の用意、設置に伴う経費等は別料金・費用を申し受けるものもあります。

MEDA1	旅客(患者)氏名	年齢	性別
MEDA2	医 師	お名前 医療機関名/専門科	住所
		電話番号(病院・医院)	(自宅)
MEDA3 〈注1〉	診断(病名)、症状		
	症状の始まった日 (手術を行った日)		診断日
MEDA4 〈注1〉	経過(予後)と航空旅行の適否について。 (旅程が身体に及ぼす影響も考慮願います。) 適 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>		
MEDA5	伝染性疾患ですか。	いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/>	→ 状態を明記して下さい。
MEDA6	旅客(患者)の容態および、状態は周囲の一般の旅客に迷惑、危害等を与えますか。 またはその可能性はありますか。	いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/>	→ 状態を明記して下さい。
MEDA7	離着陸時、また、必要時に背もたれを立てたままの状態で座席を使用することができますか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	→ “いいえ”の場合は簡易ベッド(ストレッチャー)が必要となります。 (費用についてはお問合せください。)
MEDA8	ご自身で身の廻りの用をたすことができますか。 (食事、トイレ使用、航空機の乗降等)	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	→ 必要な援助をご記入下さい。
MEDA9	付添人がいらっしゃる場合、その方で十分ですか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	→ どのような付添人が必要と思われますか。
MEDA10	機内で酸素吸入を必要としますか。	いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/>	酸素量(ℓ/分) <input type="text"/> 常時使用 <input type="checkbox"/>
MEDA11	・患者は、空港・機内で薬物などを用いた医療行為を行う必要がありますか。(注2) ・人工呼吸器、早産児保育器等の特殊医療機器の使用が必要ですか。又機内で電源は必要ですか。(注3)	(a) 空港においては? いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/>	→ 詳細にご記入下さい。
MEDA12	※ 機内で電気を使用する医療機器をご使用になる場合は発生する電磁波の運航への影響を確認させていただきます。 また、内蔵電池で使える機器をご用意下さい。機内の電源は電源変換機(電圧/ヘルツ変換)を設置しての使用となり、緊急時は電気の供給ができなくなる場合もあります。	(b) 機内においては? いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/>	→ 詳細にご記入下さい。
MEDA13	患者は乗継ぎ時、到着時入院が必要ですか。	(a) 乗継ぎ時間が長時間(含 宿泊)の場合 いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/>	→ 手配の内容
MEDA14	必要な場合、どのような手配をされましたか。又手配をされていない場合には“手配せず”と御記入下さい。	(b) 到着時 いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/>	→ 手配の内容
MEDA15	その他特殊な食事、機内サービス上特に留意すべき点があればお書き下さい。	なし <input type="checkbox"/>	あれば詳細に記入して下さい。
MEDA16	その他、手配されたことがありましたらご記入下さい。		

旅客(患者)の現在の状態について、検査所見と治療状況等を含め細述をお願いいたします。

上記の通り診断します。

発行年月日 _____ 病院名 _____ 署名 _____ ㊞