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、どのような病気のお客様(患者様)でもご利用できるとは限りません。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も低く、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の 15 分～30 分間には大きな気圧の変化が生じます。

<u>機内気圧の変化</u>

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ため、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。

<u>酸素濃度の低下</u>

呼吸器の障害、心臓の障害、脳出血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影響を及ぼすことがあります。したがって、下記①～④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重症傷病患者
③次ページの参考資料の項目 1～15 に該当される方
④上記のほかに怪我、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。

診断書は搭乗日を含め 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、怪我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、および出産予定日から 28 日以内の妊婦の方は、搭乗日を含め 7 日以内に作成されたものをご用意いただきます。診断書本紙は搭乗手続きの際にご提示ください。

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、捺印願います。

お医者様へ：2 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・細述欄にお書き添え願います。

FDA
FUJI DREAM AIRLINES

診断書／ MEDICAL INFORMATION FORM（MDIF）

医師による記入	以下の全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ほうに(レ)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。
＜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りません。 また、お客様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)を行うことが出来ませんので、予めご了承願います。 ※3：医療器具の設置のための座席確保、設置に伴う経費は別途料金・費用を申し受ける場合がございます。 ※4：弊社には機内電源の設備はございません。

	旅客(患者)氏名	年齢	性別
MEDA1			

MEDA2	医師のお名前	
	医療機関名/専門科	
	住所	
	電話番号	

MEDA3 (※1)	診断(病名)/症状		【妊婦の方】出産予定日　年　月　日（妊娠 満　週）
	症状の始まった日(診断日)	年　月　日	手術日(手術を行った場合のみ)　年　月　日

MEDA4	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 □　否 □	復路便での適否(往復旅程の場合)　適 □　否 □
MEDA5	感染性疾患ですか？　いいえ□　はい□	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	旅客(患者)の容態および状態は周囲の一般旅客に迷惑または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□　はい□	はいの場合、詳細をご記入ください
MEDA7	離着陸時、または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 □ いいえ□　→　「いいえ」の場合、簡易ベッド(ストレッチャー)が必要となりますが、弊社には現在のところ設定がありませんのでご搭乗いただけません	
MEDA8 (※2)	医師・看護師及び付添人の同伴なしで搭乗可能ですか？ はい　□ いいえ →［□ 医師または看護師の付添が必要 □ 医師が認めた付添人が必要］	
MEDA9	機内で酸素吸入を必要としますか？ いいえ□　はい□ →	はいの場合、詳細をご記入ください 酸素量(ℓ/分)　＿＿＿＿　ℓ/分 常時使用しますか？　いいえ□　はい□ 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？　いいえ□　はい□
MEDA10 (※2)	患者は空港・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？ ・空港にて　いいえ□　はい□　→　詳細をご記入ください（　） ・機内にて　いいえ□　はい□　→　詳細をご記入ください（　）	
MEDA11 (※3,4)	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。 いいえ□　はい□　→　詳細をご記入ください(　)	
MEDA12	患者は乗継時入院が必要ですか？　いいえ□　はい□　→　手配内容(　)	
MEDA13	患者は到着時入院が必要ですか？　いいえ□　はい□　→　手配内容(　)	
MEDA14	その他特に留意すべき点があればお書きください	
MEDA15	その他手配されたことがありましたらご記入ください	

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詳細をご記入願います。

上記のとおり診断します

発行年月日＿＿＿＿　病院名＿＿＿＿＿＿＿＿　医師署名＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞

FDA FUJI DREAM AIRLINES

必要な手配について

※当日空港係員にご提出をお願いいたします

(旅程) 搭乗予定日/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.空港で車椅子は必要ですか？　はい □ ⟶ どの程度お歩きになれますか？
いいえ□
□階段の上り下りはできるが、空港内で車いすが必要(WCHR)
□階段の上り下りはできないが、機内では歩行可能(WCHS)
□歩行できない　(WCHC)

2.お客様ご自身の車椅子を預けますか？
いいえ　□
はい　□ （下記①～③に関する情報をご提供ください）

①車椅子の種類は？
- □ 手動式
  - □チェックイン時に預ける
  - □搭乗ゲートまで利用したい　※1
- □ 電動式(WCHB) ※2
  - □ ウェットバッテリー
    - □ 非防漏型
    - □ 防漏型
  - □ ドライバッテリー
    - □ リチウムイオンバッテリー以外（ニッカド、ニッケル水素等）
    - □ リチウムイオンバッテリー以外
    - □ リチウムイオンバッテリー　※3

②車椅子の形状は？
- □ 折りたたみ式
- □ 折りたたみ不可
- □ 座高・角度調整式

③車椅子のサイズは？
※折りたたみ式車椅子は折りたたんだサイズを記入してください
（重量:　kg）
（幅(W):　cm）
（奥行(D):　cm）
（高さ(H):　cm）

補足）
※1　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ください
※2　電動車椅子は1便あたりのお預かりできる台数に制限があります
また、電動式のものは飛行機への積込に時間を要するため、ご搭乗手続き時のお預けにご協力ください
※3　取り外したリチウムイオンバッテリーと予備バッテリーは梱包した状態で機内へお持込みください
予備バッテリーの持込みには個数制限がありますので、予めお知らせください

3.機内用車椅子は必要ですか？(WCOB)　はい □
いいえ □

4.寝台車をお使いの予定ですか？	寝台車会社名及び連絡先	
出発地　いいえ □　はい □ ⟶	行先	
到着地　いいえ □　はい □ ⟶	寝台車会社名及び連絡先	
	行先	

5. 付添の方はいらっしゃいますか？	フリガナ		□医師　□看護師　□その他(　　)
	お名前		
□いいえ　□はい ⟶	フリガナ		□医師　□看護師　□その他(　　)
	お名前		

同意書

お客様へ：旅行の手配に際し、ご一読のうえご署名願います。

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。

住所：　　日付：　　お客様の署名　㊞
（または代理人の方）

参考資料

法定伝染病、指定伝染病、その他伝染の恐れのある重大な急性感染症の方または感染症の疑いがある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ください。なお、患者の医療搬送については別途ご相談ください。

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もつお客様及び心疾患術後(カテーテルによる手術を含む)の病状不安定期のお客様
2. 無治療の深部静脈血栓症及び肺動脈血栓塞栓症のお客様
3. 重症呼吸不全、重症慢性閉塞性肺疾患、重症気管支喘息及び肺の拡張が完全でない気胸のお客様
4. 脳卒中急性期(発病後 4 週以内)、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ならびに検査等で中枢神経系に空気の残存するお客様
5. 重症貧血のお客様
6. 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等)・腸閉塞・大腸検査当日・大腸ポリペクトミー術後 1 週間のお客様
7. 耳鼻咽喉科疾患急性期・術後中耳炎・重症副鼻腔炎・重症動揺病・著しい開口障害を有するお客様
8. 頭部・胸部・腹部手術 2 週間後、創部が十分に治癒していないお客様。術後に体内に空気や他の気体が残存しているお客様
9. メンタルな問題があり、症状が安定しないお客様
10. 減圧症(潜水病)急性期のお客様
11. 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添は不要)。但し、出産予定日から 7 日以内の場合は産科医の付添が必要
12. 生後 7 日以内の新生児
13. 感染の危険がある感染症に罹患した、もしくは罹患した可能性のあるお客様
14. 五類感染症のうち航空機内で他者に伝染させるおそれのある感染症及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にかかり、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お客様(風疹・水痘等学校保健安全法で日数の定めのないものについては、発症後 11 日を経過している場合は診断書は不要)
15. その他、会社が航空旅行において医師の判断を必要とするお客様