

診断書 <お医者様記入欄>

* ご出発日の5営業日前までにFAX (0570-020-179)、またはウェブサイトのお問い合わせフォームよりお送りください。

* ご不明な点は、予約センター (0570-6666-03) へご連絡ください。

予約センター受付時間：9:00～18:00 年中無休

お客様・患者情報	フリガナ		PNR (ご予約番号)	年齢	歳	
	お名前			性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	
	診断 (病名)					
	症状など詳細					
	症状の始まった日 (手術を行った日)	年	月	日	妊婦の方 (出産予定日)	年 月 日

診断内容

1	航空旅行の適否	<input type="checkbox"/> 適 → 復路便の適否は？ (往復旅程の場合) <input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否 復路搭乗日 (月 日) <input type="checkbox"/> 否
2	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？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
3	付添い者 (医師・看護婦または医師が認めた者) の同伴なしで搭乗が可能ですか？	<input type="checkbox"/> 付添い者なしで搭乗が可能 ※機器操作を熟知し、ご自身で操作できることが必要です。 <input type="checkbox"/> 医師または看護婦の付添いが必要 <input type="checkbox"/> 医師が認めた者の付添いが必要 付添い者名【 _____ 】
4	機内で酸素吸入を必要としますか？	<input type="checkbox"/> 必要 → 「必要」の場合、酸素量・常時吸入かを記入ください。 <input type="checkbox"/> 不要 酸素量 <input style="width: 50px; border: 1px solid black;" type="text"/> ℓ/分 常時吸入 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
5	機内で人工呼吸器などの医療機器を使用しますか？	<input type="checkbox"/> はい → 「はい」の場合、機内でのご使用が可能な機器であるかの確認をいたしますので、詳細をご記入ください。 <input type="checkbox"/> いいえ <機器名> _____ <メーカー> _____ <製品名・型番> _____ <バッテリー／サイズ> _____
6	機内で薬品などの用いた医療行為を行う必要がありますか？	<input type="checkbox"/> はい → 「はい」の場合、詳細をご記入ください。 【 _____ 】 <input type="checkbox"/> いいえ
7	車椅子のお預けやご利用はございますか？	<input type="checkbox"/> はい → <input type="checkbox"/> 折りたたみ式手動 <input type="checkbox"/> 固定式手動 <input type="checkbox"/> 電動 * 車椅子をお預けのお客様は別途「車椅子仕様確認フォーム」の記入が必要となります。 <input type="checkbox"/> いいえ
8	所見／細述 (搭乗や機内サービス上留意すべき点があればお知らせください。)	

上記のとおり診断し、患者様の搭乗に際し、航空会社が必要とする情報を患者様の同意のもと提供いたします。

お医者様情報	フリガナ		発行年月日		
	お名前 (自署)		年	月 日	
	医療機関名		専門科		
	電話番号 (内線)		緊急時の連絡先		

