

**診断書 MEDICAL INFORMATION FORM (MEDIF)**
**【お医者様記入用】**

下記のすべてのチェックボックスに(✓)をご記入ください。また、航空旅行に際し症状などの必要な内容は詳細にご記入の上、FAXにてお知らせください。(コールセンター営業時間内に限ります。)診断書の記載内容に不明な点があった場合は、当社より医療機関へ確認させていただくことがございます。【FAX/0476-27-5605 営業時間/9:00~17:30(日本時間)】

お客様 (患者) 情報	フリガナ		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	*お医者様以外の人でも判る病名・症状をご記入ください。		
	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 *旅程がお体に及ぼす影響も考慮し判断してください。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	復路便の適否 復路搭乗日[ 月 日]	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否
2	感染性疾患ですか？	<input type="checkbox"/> はい →「はい」の場合、詳細をご記入ください。(他者への感染の恐れの有無を含む) <input type="checkbox"/> いいえ		
3	離着陸時、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では着陸できますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ →「いいえ」の場合はご搭乗不可となります。		
4	付き添者(医者、看護師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"/> 医師または看護師の付添が必要 付添者名 [ ] <input type="checkbox"/> 医師が認めた者の付添が必要 [ ]		
5	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・常時吸入かをご記入ください。 <input type="checkbox"/> 不要 酸素量 [ ] ℓ/分 常時吸入 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
6	機内で人工呼吸器などの医療機器を使用しますか？ *医療機器設置の為に座席確保には、別途料金をお支払いいただきます。	<input type="checkbox"/> はい →「はい」の場合、機内でのご使用が可能な機器かの確認をいたしますので、詳細をご記入ください。 〈機器名〉 〈メーカー〉 〈製品名・型番〉 〈バッテリー/サイズ〉 <input type="checkbox"/> いいえ		
7	機内で薬品などを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		
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	印	専門科	
	電話番号(内線)		緊急時の連絡先	