

診断書 MEDICAL INFORMATION FORM (MEDIF) 【お医者様による記入】

以下のすべての欄にご記入ください。該当する方のチェックボックスに(✓)印を記入し、航空旅行に必要な記述をお願いいたします。

- 注1 医師以外の人でもわかる病名、症状を併記ください。
- 注2 客室乗務員は、注射や薬品の投与等の医療行為・機器操作、またお客さまの身のまわりの世話し、飲食のお手伝い等を行うことができません。

お客様(患者)	フリガナ			年齢	
	お名前			性別	
	診断(病名)・症状 注1				
	症状の始まった日 (手術を行った日)	年	月	日	ご妊娠中の方 (出産予定日)

1	航空旅行の適否	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否	往復旅程の場合、復路便の適否	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否
2	離発着時、およびベルトサイン点灯時に背もたれを立てた状態で着席できますか？ ※ストレッチャーは使用できません。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
3	お客さま(患者)ご自身で身のまわりのことができますか？ 注2	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
4	お客さま(患者)おひとりでの搭乗は可能ですか？ 注2	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	いいえの場合、付き添いの方のお名前と詳細をご記入ください。	
5	機内で医療機器を使用されますか？ 注2	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	はいの場合、医療機器の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：	
6	機内で酸素吸入を必要としますか？	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要	必要の場合、酸素量・常時吸入かをご記入ください。 酸素量 <input style="width: 50px; border: 1px solid black;" type="text"/> ℓ/分 常時吸入 <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要	
7	機内で医療機器を使用されますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	はいの場合、医療機器の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：	
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。

お客様(患者)	フリガナ			発行年月日	
	お名前(自署)				
医療機関名/専門科			専門科		
電話番号(内線)			緊急時の連絡先		