

酸素ボンベ仕様確認書

AIR JAPAN

酸素ボンベ仕様確認書

AIR JAPAN

機内持ち込み受託の条件	①容器証明済みであること（検査合格刻印 X ） ②酸素ボンベ本体の重量が 5kg 以下であること ③O2の表示があり医療用ガス状酸素であること（液体不可） ④3年（1部5年）ごとの耐用証明検査を受けていること ⑤サイズが高さ 70cm×直径 10cm 程度であること				※条件を満たしていることが確認できる写真も当使用確認書と併せて送付してください。			
	ご搭乗者名	お名前（フリガナ）						
	便名 / 搭乗日	往路：	搭乗便名	搭乗日				
		復路：	搭乗便名	搭乗日				
	製品名 / サイズ	製品名						
一本あたりの重量		kg						
高さ		cm	x	直径	cm			
* 航空法の要件により機内持ち込み、お預けともに5kg以下であることが必須になります。								
機内での収納方法	・キャリーを外し、前の座席の下に横にして収納してください。 ・前の座席に収納できない場合には、ボンベ用の座席を確保するために別途料金をお支払いい ただくこともあります。							
本数	往路：	機内持ち込み	本 +	受託	本 =	本		
	復路：	機内持ち込み	本 +	受託	本 =	本		
ボンベ確認事項	【✓チェックを入れて下さい】		【ポンベ番号】	【容器再検査期限】				
	往路	復路		年	月	日		
	往路	復路		年	月	日		
	容器証明済みである X の表示			3年(一部5年)ごとの耐用証明検査を受けていること				
	医療用ガス状酸素である（「O2」の表示）			FRP容器については製造後15年を経過していないこと				
ご記入者	記入日	年	月	日	会社名			
	氏名						電話番号	

必要な手配について

【お客様もしくは代理の方による記入】

お客様情報	フリガナ お名前		年齢		性別	男 女	
	連絡先	メールアドレス	電話番号				
	出発日：月 日 NQ 便		搭乗区間 から				
旅程	出発日：月 日 NQ 便		搭乗区間 から				
お付き添いの方	フリガナ お名前		年齢	医師 看護師 その他 ()			
	フリガナ お名前		年齢	医師 看護師 その他 ()			
	空港で車椅子は必要ですか？		いいえ はい → 歩行の状況についてお知らせください 歩行ができない 歩行はできるが階段の昇り降りはできない 階段の昇り降りはできるが遠い距離の歩行はできない				
	1	お客様ご自身の車いすをお預けになりますか？		車いすのサイズ	重量 kg	幅 cm	奥行 cm
2	いいえ はい → 車いすのタイプ 手動式 折りたたみ式 固定式		高さ	cm	折りたたみ式の車いすは折りたんだ時のサイズをご記入ください		
	電動式 バッテリーの取り外し 可 否		湿式蓄電池（ウェットバッテリー） リチウムイオバッテリー ドライバッテリー（ニッカド、ニッケル水素等の蓄電池） 湿式蓄電池（ウェットバッテリー） 防漏型 非防漏型				
3	機内用車椅子は必要ですか？		はい	いいえ			
4	機内でご自身の酸素ボンベを使用しますか？		いいえ はい → はいの場合、別途当社の「酸素ボンベ仕様確認書」 にて詳細をお知らせください。				
5	機内でご自身の酸素濃縮器を使用しますか？		いいえ はい → はいの場合、別途当社の「酸素ボンベ仕様確認書」 にて詳細をお知らせください。				

同意書

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。

また、これに伴い、私はその情報に関する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。

日付 _____ お客様（または代理人様）のご署名 _____