

酸素ボンベ使用確認書



機内持ち込み 受託の条件	<p>①容器証明済みであること(検査合格刻印 ✕)</p> <p>②酸素ボンベ本体の重量が 5kg 以下であること</p> <p>③O₂の表示があり医療用ガス状酸素であること(液体不可)</p> <p>④3年(一部5年)ごとの耐用証明検査を受けていること</p> <p>⑤サイズが高さ 70cm×直径 10cm 程度であること</p> <p style="text-align: right; font-size: small;">※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。</p>									
ご搭乗者名	お名前(フリガナ) <input style="width: 60%;" type="text"/>									
(便名 / 日)	往路: 搭乗便名 <input style="width: 100px;" type="text"/> 搭乗日 <input style="width: 100px;" type="text"/> 復路: 搭乗便名 <input style="width: 100px;" type="text"/> 搭乗日 <input style="width: 100px;" type="text"/>									
製品名 / サイズ	製品名 <input style="width: 200px;" type="text"/> 一本あたりの重量 <input style="width: 100px;" type="text"/> kg 高さ <input style="width: 100px;" type="text"/> cm x 直径 <input style="width: 100px;" type="text"/> cm <p style="font-size: x-small;">* 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。</p>									
機内での収納方法	<ul style="list-style-type: none"> ・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 こともございます。 									
本数	往路: 機内持ち込み <input style="width: 60px;" type="text"/> 本 + 受託 <input style="width: 60px;" type="text"/> 本 = <input style="width: 60px;" type="text"/> 本 復路: 機内持ち込み <input style="width: 60px;" type="text"/> 本 + 受託 <input style="width: 60px;" type="text"/> 本 = <input style="width: 60px;" type="text"/> 本									
ボンベ確認事項	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 30%; font-size: x-small;">【✓チェックを入れて下さい】</td> <td style="width: 30%; font-size: x-small;">【ボンベ番号】</td> <td style="width: 40%; font-size: x-small;">【容器再検査期限】</td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> 往路 <input type="checkbox"/> 復路 <input style="width: 150px;" type="text"/> </td> <td></td> <td style="text-align: right;">年 月 日</td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> 往路 <input type="checkbox"/> 復路 <input style="width: 150px;" type="text"/> </td> <td></td> <td style="text-align: right;">年 月 日</td> </tr> </table> <p style="font-size: x-small; margin-top: 5px;"> <input type="checkbox"/> 容器証明済みである ✕ の表示 <input type="checkbox"/> 3年(一部5年)ごとの耐用証明検査を受けていること <input type="checkbox"/> 医療用ガス状酸素である(「O₂」の表示) <input type="checkbox"/> FRP 容器については製造後15年を経過していないこと </p>	【✓チェックを入れて下さい】	【ボンベ番号】	【容器再検査期限】	<input type="checkbox"/> 往路 <input type="checkbox"/> 復路 <input style="width: 150px;" type="text"/>		年 月 日	<input type="checkbox"/> 往路 <input type="checkbox"/> 復路 <input style="width: 150px;" type="text"/>		年 月 日
【✓チェックを入れて下さい】	【ボンベ番号】	【容器再検査期限】								
<input type="checkbox"/> 往路 <input type="checkbox"/> 復路 <input style="width: 150px;" type="text"/>		年 月 日								
<input type="checkbox"/> 往路 <input type="checkbox"/> 復路 <input style="width: 150px;" type="text"/>		年 月 日								
ご記入者	記入日 <input style="width: 150px;" type="text"/> 年 <input style="width: 50px;" type="text"/> 月 <input style="width: 50px;" type="text"/> 日 会社名 <input style="width: 150px;" type="text"/> 氏名 <input style="width: 200px;" type="text"/> 電話番号 <input style="width: 150px;" type="text"/>									

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)	年	月

1	航空旅行の適否	<input type="checkbox"/>	適	往復旅程の場合、復路便の適否	<input type="checkbox"/>	適
		<input type="checkbox"/>	否		<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	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。		
		<input type="checkbox"/>	いいえ			
5	機内で医療機器を使用されますか？ 注2	<input type="checkbox"/>	はい	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：		
		<input type="checkbox"/>	いいえ			
6	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。 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		
		<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	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：		
		<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		

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		年齢	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	お名前				
	連絡先	メールアドレス	電話番号	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		年齢	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	お名前				
	フリガナ		年齢	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	お名前				
1	空港で車椅子は必要ですか?	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい → 歩行の状況についてお知らせください <input type="checkbox"/> 歩行ができない <input type="checkbox"/> 歩行はできるが階段の昇り降りにはできない <input type="checkbox"/> 階段の昇り降りはできるが短い距離の歩行にはできない			
2	お客様ご自身の車椅子をお預けになりますか?	車椅子のサイズ	重量	KG	
	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい → 車椅子のタイプ <input type="checkbox"/> 手動式 <input type="checkbox"/> 折りたたみ式 <input type="checkbox"/> 固定式	幅	奥行	高さ	CM
	<input type="checkbox"/> 電動式 バッテリーの取り外し <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 湿式蓄電池(ウェットバッテリー) <input type="checkbox"/> リチウムイオンバッテリー <input type="checkbox"/> ドライバッテリー(ニッカド、ニッケル水素等の蓄電池) <input type="checkbox"/> 湿式蓄電池(ウェットバッテリー) <input type="checkbox"/> 防漏型 <input type="checkbox"/> 非防漏型				
3	機内用車椅子は必要ですか?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
4	機内でご自身の酸素ボンベを使用しますか?	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい → はい の場合、別途当社の「酸素ボンベ仕様フォーム」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?	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい → はい の場合、別途当社の「酸素ボンベ仕様フォーム」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。

日付

お客様(または代理人様)のご署名