

診断書の記入に際して

飛行機は振動や揺れが比較的少なく、ご病気のお客様の安静状態を保てるなどの利点もありますが、飛行時間、飛行高度（機内の与圧状態）、気象条件が病状に悪い影響を与える場合もあるため、お客様の症状によってはご利用いただけないこともございます。

通常、飛行機は高度 9,000～12,000 メートル（30,000～40,000 フィート）の成層圏を音速に近い時速 900 キロで巡航します。上空は気圧が低いため、機内は与圧されていますが、客室内の気圧は地上より低く、標高 2,000～2,500 メートルの山（富士山 5 合目程度）に登っているのと等しい状況です。

◆ 機内の気圧

飛行中の機内の気圧は地上に比べて 70%～80%に減少し、着陸時には 15～30 分の間に大きな気圧の変化が生じます。短時間での気圧の変化は、航空性中耳炎や腸管性の腹痛が起こることがあります。

◆ 酸素濃度の低下

呼吸器の障害、心臓の障害、脳血管の障害や重傷貧血等はいずれも酸素濃度の低下により影響を受けます。また、妊娠後期の妊婦や新生児にも酸素不足が悪影響を及ぼすことがあります。

したがって、下記①～④のいずれかに該当されるお客様には、診断書（1 通）をご用意いただき、予約手配に際し、ご提示いただきます。

- ① 機内で酸素吸入、医療機器の使用、医療行為を行う必要のある方。
- ② 重症傷病患者
- ③ 次のページの参考資料の項目 1～13 に該当される方。
- ④ 上記の他に怪我、治療中の疾病や最近受けた手術が航空旅行により身体に影響を及ぼすと思われる場合にも提出をお願いしております。

診断書は旅行開始日より 14 日以内に作成されたものをご用意いただきます。ただし、病人、けが人の医療搬送の場合や、心臓、呼吸器、脳神経、精神神経疾患などのように病状・体調が急に变化する恐れのある疾患をお持ちの方、及び出産予定日から 28 日以内の妊婦の方は、旅行開始日より 7 日以内に作成されたものをご用意いただきます。

なお、上述の日数以前の予約手配も承りますのでご相談ください。また、ご旅行中に病状や体調に変化があった場合は改めて診断書の提出をお願いしております。

お客様へ： 「必要な手配について」を記入し、同意書をお読みいただいた上で記入、署名、捺印願います

お医者様へ： 診断書に記入願います。記入に際しましては「旅程が旅客（患者）の身体に及ぼす影響を考慮して航空旅行の適否」をご診断願います。また、留意事項等を診断書下部の所見欄にお書添え願います。

参考資料

法定伝染病、指定伝染病、その他伝染の恐れのある重大な急性感染症の方または感染症の疑いがある方はご搭乗いただけません。

また、以下の状態にある方も航空旅行には適しておりませんが、症状、体調等が安定しており、医師が搭乗の適正を証明し、かつ医師の付き添いのある場合はご搭乗頂けることもありますのでご相談ください。

1. 重症心疾患患者：重症心不全、チアノーゼ性心疾患、不安定狭心症、急性心筋梗塞(通常発生後6週間以内は不適)
2. 重症呼吸器疾患患者：重症呼吸不全、重症慢性閉塞性肺疾患、最近発症した気胸患者で肺の拡張が完全でない者
3. 喀血を繰り返す者
4. 脳卒中急性期患者（通常発症後4週間以内は不適）
5. 検査後などで中軸神経系に空気の残存する者
6. 頭蓋内圧上昇を来す頭部疾患患者
7. 重症貧血患者
8. 吐血、下血患者、腸閉塞患者
9. 重症中耳炎患者
10. 創傷が十分に治癒していない者（頭部、胸部、腹部手術など）
11. 病状が安定していない精神神経疾患患者ならびにアルコールその他の中毒患者
12. 生後7日以前の新生児
13. 出産予定日から28日以内にある妊婦(産科医が搭乗の適性を証明する場合は医師の付き添いは条件としません。)但し、国際線においては出産予定日から14日以内、国内線においては出産予定日から7日以内の搭乗の場合は産科医の同伴が条件となります。

尚、患者の医療搬送については別途ご相談ください。

必要な手配について(お客様による記入)



(旅程)搭乗予定便名/月日

便 月 日 搭乗区間: より まで

便 月 日 搭乗区間: より まで

便 月 日 搭乗区間: より まで

1. 空港で車椅子は必要ですか？

- ☐ はい
- “はい”の場合、どの程度お歩きになれますか？
- ☐ 機内での歩行、階段の昇降に支障はないが、長距離の歩行(空港内の移動)が困難である。
- ☐ 機内での歩行に支障はないが、長距離の歩行(空港内の移動)、階段の昇降が困難である。
- ☐ 単独での歩行に支障がある。
- ☐ いいえ

2. お客様ご自身の車椅子をご利用になりますか？

- ☐ はい ※お客様の車椅子は空港カウンターでお預かりし、機内まではスカイマークの車椅子をお貸出しいたします。
- ☐ いいえ
- 車椅子の種類
- ☐ 手動式
- ☐ 電動式
- 電動式の場合、バッテリーの種類をお知らせください。バッテリーの確認が困難な場合は取扱説明書の持参をおすすめしております。
- ☐ ノンシールドタイプ(非防漏鉛型蓄電池)
- ☐ シールドタイプ(防漏鉛型蓄電池)
- ☐ ドライタイプ (☐ リチウムイオン(Li-ion)、☐ ニッカド(Ni-Cd)、☐ ニッケル水素(Ni-MH))
- ※リチウムイオンバッテリーの予備は 1 個の場合 300wh、2 個の場合は各々 160wh を超えないものについては持ち込みができます。
- 予備バッテリー
- ☐ あり (個) ☐ なし
- 折り畳み可否
- ☐ 可
- ☐ 否
- 折り畳みできない、もしくは電動車椅子の場合は、サイズをご記入ください。
- 幅(cm) ・ 奥行(cm) ・ 高さ(cm) ・ 重量(kg)

3. 機内用車椅子は必要ですか？
(お手洗い使用時の移動等)

- ☐ はい
- ☐ いいえ

4. 付添人 (医師・看護師または医師が認めた者)の同伴について

※お医者様より、医師または看護師・医師が認めた方の付添いが必要と診断された場合は、付添人が必要です。

	氏名	年齢	
1			☐ 医師 ☐ 看護師 ☐ その他
2			☐ 医師 ☐ 看護師 ☐ その他

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
(病院名/医師名) 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。

住所： _____ 日付： _____ お客様署名： _____ 印
(または代理の方)

SKY250623-003

診断書 MEDICAL INFORMATION FORM (MEDIF)			
医師による記入		以下のすべての欄に記入願います。 “はい” “いいえ” の欄については、該当する方に（✓）印を記入し、航空旅行に際し、必要な記述をお願いいたします。	
<注>		1. No. 3 及び No. 4 については、医師以外の人でも判る病名、症状を併記して下さい。 2. 客室乗務員は応急処置の訓練を受けておりますが、注射及び医薬品の投与、医療用酸素ボンベの操作等の医療行為をすることは許されていません。 また、他のお客様への機内サービス対応のため、病気のお客様や特定のお客様に常時お世話をする事は出来ませんのでご了承願います。 3. 医療器具の設置のための座席確保、経費等は別料金・費用を申し受けるものであります。	
No. 1		お客様（患者） ふりがな _____ 年齢： _____ 性別： _____ 氏名 _____	
No. 2		医師 _____ お名前： _____ 医療機関名： _____ 専門科： _____ 電話番号（病院・医院緊急時の連絡先）： _____	
No. 3		診断（病名）： _____ 症状： _____ <注1> 症状の始まった日（手術を行った日）： _____ 診断日： _____	
No. 4 <注1>		経過（予後）と航空旅行の適否について （旅程が身体に及ぼす影響も考慮願います）	
		適 ☐ 影響がある場合明記してください。 否 ☐ 復路便がある場合の適否は？ （復路搭乗日） [月 日] 適 ☐ 否 ☐	
No. 5		感染性疾患ですか？ はい ☐ “はい” の場合、状態を明記してください。 いいえ ☐	
No. 6		お客様（患者）の容体および、状態は他のお客様に迷惑、 危害等を与えますか？またはその可能性はありますか？ はい ☐ “はい” の場合、状態を明記してください。 いいえ ☐	
No. 7		離着陸時、また、必要時に背もたれを立てたまゝの状態 で着席することができますか？ はい ☐ いいえ ☐	
No. 8		ご自身で身の廻りの用をたすことができますか？ （トイレ使用、飲食、航空機の乗降等） はい ☐ “いいえ” の場合、必要な援助をご記入ください。 いいえ ☐	
No. 9		付添者（医師・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？ はい ☐ “いいえ” の場合、どのような付添人が必要ですか？ いいえ ☐	
No. 10		機内で酸素吸入を必要としますか？ はい ☐ “はい” の場合 ⇒ ①常時使用… はい ☐ いいえ ☐ いいえ ☐ 酸素吸入量 [〇 / 分] ②酸素ボンベの操作は、お客様（患者）ご自身又は 付き添いの方で可能ですか？ はい ☐ いいえ ☐	
No. 11 <注2>		お客様（患者）は、機内において医薬品などを用いた医療 行為を行う必要がありますか？ はい ☐ “はい” の場合、詳細にご記入ください。 いいえ ☐	
No. 12		機内において、人工呼吸器等の特殊医療機器の使用が必要 ですか？又、機内で電源は必要ですか？ はい ☐ “はい” の場合、詳細にご記入ください。 いいえ ☐	
※機内で電気を使用する医療機器をご使用になる場合は発生する電磁波の運航への影響を確認させていただきます。また、内蔵電池で使える機器をご用意下さい。			
No. 13 その他特殊な食事、機内サービス上特に留意すべき点があればお書きください。			
No. 14 お客様（患者）の現在の状態について、検査所見と治療状況等を含め記載をお願いいたします。 その他、手配されたいことがありましたらご記入ください。			
上記の通り診断します。			
病院名 _____		発行年月日 _____ ご署名 _____ 印	

SKY250623-003

個人情報の取扱いについて

当社は、お客様より取得する個人情報（以下「個人情報」といいます）を下記のとおり取り扱います。内容をご確認・ご同意の上、ご署名をお願いします。

記

1. 当社の名称
スカイマーク株式会社

2. 個人情報保護管理者の職名、所属および連絡先
個人情報保護管理者 総務担当執行役員
連絡先 個人情報相談受付窓口
所在地 〒144-0041
東京都大田区羽田空港 3 丁目 5 番 10 号
ユーティリティセンタービル 8 階
メールアドレス sky_kojinjoho@skymark.jp

3. 利用目的
当社は、個人情報を、お客様の航空旅行、航空便の振替、返金その他航空券の特別対応の適否を判断するために利用いたします。

4. 第三者提供
当社は、法令で許される場合を除いて、本人の同意を得ることなく第三者に個人情報を提供することはありません。

5. 委託
当社は、個人情報の取扱いを、利用目的の達成に必要な範囲において、第三者へ委託することがあります。

6. 開示等の請求等
当社は、保有個人データに関する利用目的の通知、開示、訂正、追加、削除、利用の停止、消去、第三者への提供の停止または第三者提供記録の開示（以下「開示等」といいます）の請求を受け付けております。その手続きについては、上記個人情報相談受付窓口へご連絡ください。ただし、法令等の規定により開示等に応じられない場合がございます。

7. 情報提供の任意性
個人情報のご提供は、任意でお願いします。ただし、ご提供いただけない個人情報がある場合には、当社のサービス・商品をご利用いただけない可能性がありますので、あらかじめご了承ください。

私は、私の個人情報を上記のとおり取り扱うことに同意します。

____年 ____月 ____日

署名

※ご本人が15歳以下の場合、保護者の方が両者の署名をお願いします。