

診断書 MEDICAL INFORMATION FORM (MEDIF)

【お医者様記入欄】

下記すべてのチェックボックスの選択をお願いします。また、航空旅行に必要な内容は詳細にご記入ください。

ご記入後、ご出発日の3日前までに書類送信フォーム、またはFAXにてお知らせください。なお、内容について不明な点があった場合、当社より確認させて頂く場合がございます。

・書類送信フォーム：<https://support.flypeach.com/hc/ja/articles/360006510914> ・FAX専用番号：050-3737-9665

お客様情報	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						
	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
診断内容							
1	航空旅行の適否	往路：（搭乗予定日_____年_____月_____日） 復路：（搭乗予定日_____年_____月_____日）		<input type="checkbox"/> 適	<input type="checkbox"/> 否		
2	離発着時、及びベルトサイン点灯時に背もたれを立てたままの状態を着席できますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ					
3	付添い者（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？	<input type="checkbox"/> 付添い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いが必要 <input type="checkbox"/> 医師が認めた者の付添いが必要 付添い者名【 _____ 】					
4	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 type="text"/> ℓ/分 常時吸入 <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要			
5	機内で人工呼吸器などの医療機器を使用しますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		→ 「はい」の場合、機内でのご使用が可能な機器である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： _____			
6	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 <input type="checkbox"/> いいえ					
7	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			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	ご搭乗者	フリガナ	年齢 _____ 歳
		お名前	性別 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
		電話番号	(固定電話) _____ (携帯) _____
		メールアドレス	_____
ご搭乗便	日付・便名	_____月_____日 _____便	搭乗区間 _____
		_____月_____日 _____便	搭乗区間 _____
付添いの方	フリガナ		<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> その他 (_____)
	お名前		
	フリガナ		<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> その他 (_____)
	お名前		
手配内容			
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ができない <input type="checkbox"/> 階段の昇り降りはできるが長い距離の歩行はできない		
2	お客様ご自身の車椅子をお預けになりますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい → 車椅子のタイプ <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 手動式 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 折りたたみ式 <input type="checkbox"/> 固定式 <input type="checkbox"/> 電動式 <ul style="list-style-type: none"> <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"/> 防漏型鉛バッテリー (シールドタイプのウェットバッテリー) <input type="checkbox"/> 非防漏型鉛バッテリー (ノンシールドタイプのウェットバッテリー) ※ 「はい」の場合、別途当社の「車椅子確認フォーム」にて詳細をお知らせください。		
3	機内用車椅子は必要ですか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		
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「携帯用酸素濃縮器 (POC) 仕様確認フォーム」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。
(病院名/医師名)

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 _____ お客様ご署名 _____ ⑩
(または代理人の方)