

診断書 MEDICAL INFORMATION FORM (MEDIF) 【お医者さまによる記入】

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(トイレ、飲食のお手伝い等)を行うことができません。

お客さま (患者)	フリガナ				年齢	歳
	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 日

1	航空旅行の適否	適 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	往復旅程の場合、復路便の適否	適 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
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。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>		
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)	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>		
4	お客さま(患者)おひとりでの搭乗は可能ですか？ (注2)	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	“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) ※酸素ボトルは使用できません。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	“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、薬品等を用いた医療行為を行う必要がありますか？	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	“はい”の場合、詳細をご記入ください。	
7	お客さま(患者)の現在の状態について、検査所見と治療状況を含め細述をお願いいたします。			

上記のとおり診断します。

お医者さま	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			住所	
	電話番号			緊急時の連絡先	

