診断書の記入に際して

【1】航空機内環境とお身体に及ぼす影響

航空機は通常、高度9,000～12,000m（30,000～40,000フィート）の成層圏を音速に近い時速900kmで巡航します。

気圧の変化・低下: 客室内の気圧は地上より低い0.7～0.8気圧（富士山5合目程度）となり、離着陸時には大きな気圧変化が生じます。体内のガスが膨張するため、排出されないガスが患部や内臓を圧迫して痛みや呼吸困難を引き起こすことがあります。

酸素濃度の低下: 空気中の酸素圧力（酸素分圧）も地上の約70～80%まで低下します。呼吸器・心臓・脳血管の障がいや重症貧血、また妊娠後期の妊婦や新生児のお客様にも影響を及ぼすことがあります。

【2】診断書の記入・提出が必要なお客様（対象者の確認）

下記①～④（または【4】医師の診断（診断書の提出）が必要となる病状・お身体の状態の1～15の項目）に該当されるお客様は、ご旅行前に健康診断をお受けいただき、事前に航空機利用の可否について主治医へご相談ください。

①医療用酸素ボンベを使用されるお客様
②酸素濃縮器（POC）、人工呼吸器を使用されるお客様
③ストレッチャーや保育器を使用されるお客様
④その他、ANAが必要と判断したお客様

【3】お付き添いの方のご同乗について

ANAでは、食事・お手洗いのサポートや医療行為を行うことはできません。そのため、以下のいずれかに該当するお客様は、介助を行えるお付き添いの方の隣席での同乗をお願いしております。

・医師により付添いが必要と診断されたお客様
・当社係員からの安全に関する説明を適切に理解することが難しいお客様
・飲食や排泄（着衣の着脱を含む）がお客様ご自身で行うことが難しいお客様
・ストレッチャーや保育器を使用されるお客様

※一部の機種では、お一人での歩行ができないお客様はお付き添いの方の同乗が必須となる場合があります。事前にお問い合わせください。

【お付き添いの方へのお願い】
空港内、機内（移動・食事・お手洗い）、降機時および緊急避難時のサポートをお願いいたします。介助に必要な物品は、あらかじめご自身でご用意ください。

【4】医師の診断（診断書の提出）が必要となる病状・お身体の状態

航空機搭乗により、他者に伝染する恐れがある重大な感染症の方は、ご搭乗いただけません。
下記の状態にある方も、原則として航空機へのご搭乗に適しておりません。
ただし、病状や体調が安定しており、医師が「診断書」等により搭乗可能と判断・証明した場合はご搭乗いただける場合もございますので、事前にご相談ください。

1. 重症心疾患患者、重症心不全、チアノーゼ性心疾患（通常発病後6週間以内は不適）
2. 不安定狭心症、急性心筋梗塞（通常発病後2週間以内は不適）
3. 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、最近発病した気胸患者で肺の拡張が完全でない方
4. 喀血を繰り返す方
5. 脳卒中急性期患者（通常発病後4週間以内は不適）
6. 頭蓋内圧上昇をきたす頭部疾患患者
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方（頭部、胸部、腹部手術など）および出産後間もない方
11. 症状が安定していないアルコールその他の中毒患者
12. 眼球手術など術後に体内に空気や他の気体が残存している方
13. 出産予定日まで28日以内にある妊婦

※出産予定日を含めて14日以内に搭乗する場合、搭乗日を含めて7日以内に発行された「診断書」の提示が必要です。

14. 生後7日以内の新生児
15. 学校保健安全法に定められた感染症の出席停止期間中に該当する方

病名	出席停止の期間の基準
インフルエンザ	発症した後五日を経過し、かつ、解熱した後二日（幼児にあっては、三日）を経過するまで
百日咳	特有の咳が消失するまで又は五日間の適正な抗菌性物質製剤による治療が終了するまで
麻しん	解熱した後三日を経過するまで
流行性耳下腺炎	耳下腺、顎下腺又は舌下腺の腫脹が発現した後五日を経過し、かつ、全身状態が良好になるまで
風しん	発しんが消失するまで
水痘	すべての発しんが痂皮化するまで
咽頭結膜熱	主要症状が消退した後二日を経過するまで
新型コロナウイルス感染症	発症した後五日を経過し、かつ、症状が軽快した後一日を経過するまで
結核、髄膜炎菌性髄膜炎及び第三種の感染症	病状により学校医その他の医師において感染のおそれがないと認めるまで

※学校保健安全法施行規則より

【5】診断書の記入・お手続きについての留意事項

診断書は**4片制（4ページ構成）**となっています。
1・2ページ目: 記入の際の注意事項と参考資料
3ページ目: 「ご搭乗に必要な手配について」（お客様にてご記入）
4ページ目: 「診断書」（主治医にてご記入）

【有効期限と再提出について】
診断書は搭乗日を含め14日以内に医師により発行されたものが有効です。
体調や症状が安定しているお客様は、医師により別途有効期限を定められた場合、その期限内は再提出の必要はありません。
ご旅行中に症状や体調に変化があった場合は、改めて診断書をご用意ください。

【6】個人情報の取り扱いについて（お問い合わせ・送信前注記）

ご記入（ご入力）いただきました個人情報は、当社の[プライバシーポリシー]に基づき適切に管理し、お客様へのご案内およびお手続き以外の目的には使用いたしません。

※「ANAおからだの不自由な方の相談デスク」が内容を確認の上、必要に応じてご連絡させていただく場合がございます。予めご了承ください。

以上

ご搭乗に必要な手配について　【お客様もしくは、代理の方がご記入ください】

下記の該当するチェックボックス☑ にご記入をお願いします。
「診断書」の内容も含め、記載内容に不明な点があった場合には、当社より確認させていただくことがございます。

旅客（患者）情報	ご搭乗者	フリガナ		年齢
		お名前		歳
		連絡先	TEL	TEL
	ご搭乗便	日付・便名	月　日　便　搭乗区間（　–　） 月　日　便　搭乗区間（　–　）	
	お付添いの方	フリガナ		☐ 医師　☐ 看護師　☐ その他［　］ ＊医師が認めた者の付添いが必要な場合は、必ず、医師が認めた付添者のお名前をご記入下さい。
		お名前		
		フリガナ		☐ 医師　☐ 看護師　☐ その他［　］ ＊医師が認めた者の付添いが必要な場合は、必ず、医師が認めた付添者のお名前をご記入下さい。
		お名前		
	＊ANA の係員および乗務員は、お食事・化粧室のご利用などの介助を承ることはできません。これらの介助を必要とされる場合には、付添いの方の同伴をお願いいたします。また、保安業務や他のお客様への機内サービスのため、特定のお客様に常時対応することはできませんので、ご了承ください。 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、付添者が必要です。			

1	機内で酸素ボンベを使用しますか？	☐ 使用しない　☐ 使用する（使用する場合は次の設問にも回答してください。）
	機内で使用する酸素ボンベの詳細をお知らせください。	☐ お客様ご自身の酸素ボンベを持ち込む ☐ 酸素ボンベの貸出（有料）を希望する（※） (※)貸出の際には事前予約が必要です。酸素ボンベはお客様ご自身で操作していただきます。
2	空港で車いすを利用しますか？ →ご利用の場合、歩行状況についてお知らせください。	☐ 利用しない ☐ 利用する→ ☐ おひとりで歩行ができない ☐ おひとりで歩行はできるが階段の昇り降りはできない ☐ おひとりで階段の昇り降りはできるが、長距離の歩行はできない
3	お預けになる車いすがありますか？ →お預けになる車いすがある場合、詳細をお知らせください。	☐ いいえ ☐ はい ☐ 手動式 ☐ 電動式 → ☐ ノンシールドバッテリー（表示例「spillable battery」） ☐ シールドバッテリー（表示例「ゲルバッテリー」「non-spillable battery」） ☐ リチウムイオンバッテリー（表示例「Li-ion」「Lithium-ion battery」） 本体のバッテリー（＿＿＿Wh）予備バッテリー（＿＿＿Wh） 予備バッテリーの個数（＿＿＿個） ☐ その他ドライバッテリー（表示例「Ni-MH」「Ni-CD」） 予備バッテリーの個数（＿＿＿個） ☐ 折畳み可 ☐ 折畳み不可　サイズ・重量はお預かり時の車いすのサイズをお知らせください。＊ 奥行 ＿＿＿ cm　幅 ＿＿＿ cm　高さ ＿＿＿ cm　重さ ＿＿＿ kg ＊サイズや重量によっては、機種による貨物室スペースの関係上お預かりできない場合がございます。
4	機内でストレッチャーの手配が必要ですか？ ストレッチャーは担架のようなもので、常時仰向けでおからだをベルトで固定した状態でのご搭乗となります。	☐ 不要　☐ 必要
5	出発空港まで（到着空港から）救急車両や介護タクシーなどの手配をされていますか？	☐ なし ☐ ある→ ▸空港名 ＿＿＿ 車両会社名 ＿＿＿ 連絡先 ＿＿＿ ▸空港名 ＿＿＿ 車両会社名 ＿＿＿ 連絡先 ＿＿＿ 移動先（病院名など） ＿＿＿
6	上記以外でお手伝いのご要望がありましたらご記入ください。	

診断書　【お医者様記入用】

下記の1～9の全ての項目欄へチェック☑またはご記入をお願いします。航空機搭乗に際し症状等の内容は詳細にご記入ください。記載内容に不明な点があった場合には、当社より確認させていただくことがございます。

メールまたはFAX（日本国内）にてお知らせください。
FAXでお送りいただいた場合、お電話もしくはショートメッセージ（SMS）にて確認の連絡をいたします。

FAX番号
0120-029-366（フリーダイヤル）
03-6741-8710（東京）

旅客（患者）情報	お名前（フリガナ）		年齢	歳
	連絡先電話番号	＊予約時に登録された電話番号をご記入ください ☐（自宅）　☐（携帯）		
	診断（病名）			
	症状など詳細	＊お医者様以外の人でも判る病名・症状をご記入ください。		
	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　日

診断内容			
1	航空旅行の適否は？ ＊旅程がおからだに及ぼす影響も考慮し判断してください。	☐ 適 ☐ 否	開始旅程（　年　月　日） 最終旅程（　年　月　日） ＊往復旅程の場合は、最終旅程の搭乗日もご記入願います。
2	感染性疾患ですか？	☐ はい ☐ いいえ	→「はい」の場合、他者への感染のおそれがありますか？　☐ なし　☐ あり
3	離着陸時、必要時（ベルトサイン点灯時）に背もたれを立てたままの状態で着席できますか？	☐ はい ☐ いいえ	→「いいえ」の場合、ストレッチャー手配が必要ですか？　☐ 必要　☐ 不要 ＊ストレッチャー手配につきましては、別途搭乗便の調整・料金が必要となります。
4	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？ ＊ANAの係員及び客室乗務員は、注射・薬物の投与、医療用酸素ボンベの操作などの医療行為やお食事・化粧室のご利用などの介助を承ることはできません。保安業務や他のお客様への機内サービスのため、特定のお客様に常時対応することはできませんので、ご了承ください。	☐ 付添者なしで搭乗が可能 ☐ 医師または看護師の付添いが必要 ☐ 医師が認めた者の付添いが必要	
5	機内で酸素吸入を必要としますか？	☐ 必要 ☐ 不要	必要な場合、酸素量をご記入ください。 酸素量（ℓ/分）　　ℓ/分
6	常時吸入が必要ですか？	☐ はい ☐ いいえ	
7	機内で医療機器を使用しますか？ （例：人工呼吸器、酸素濃縮器など） ＊医療機器設置のための座席確保には、別途料金をお支払いいただきます。	☐ はい ☐ いいえ	→「はい」の場合は、医療用電子機器記入シート（別紙）のご記入をお願いいたします。
8	機内で薬品などを用いた医療行為を行いますか？	☐ はい ☐ いいえ	→「はい」の場合、内容をご記入ください。
9	航空機搭乗に際し留意すべき点があれば所見と細述をお願いいたします。		

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		電話番号（内線）	緊急時の連絡先
	お名前（自署）			
	医療機関名		専門科	
発行年月日		年　月　日	必ずご記入ください。	
診断書の有効期限（妊婦は記載対象外）		年　月　日	病状・体調が安定している等の理由により、継続的な受診がなくとも搭乗に支障がないと診断される場合は、ご記入ください。	