診断書の記入に際してのご案内

ご搭乗のお客様、お医者様へ

航空機旅行は、飛行時間、飛行高度（機内の与圧状態）、気象状況がおからだに悪影響を与えることもあるため、**お客様のご容態によってはご利用いただけない場合もございます。**

個人情報取り扱いについて

「診断書」につきましては、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。
個人情報取扱いについては、ANAプライバシーポリシーに則ります。

「診断書」の記入・提出が必要な場合

下記①～⑤のいずれかに該当されるお客様には、「診断書」ならびに「ご搭乗に必要な手配について」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 ストレッチャー（簡易ベッド）、保育器を使用される方
③ 重症傷病患者
④ 次ページの参考資料の「その他の症状の方」に該当される方
⑤ 上記①～④の他にけが、治療中の疾病や最近受けた手術が航空旅行によりおからだに影響を及ぼすと思われる方

「診断書」提出についての留意事項

ご搭乗のお客様、お医者様へ

「診断書」は、搭乗日を含めて14日以内（例：搭乗日が12月15日の場合、12月2日以降に発行のものが有効）に発行されたものをご用意ください。往復旅程の復路便の場合、復路の日程についても「搭乗の適否」が「適」であると記載があるものについては、復路搭乗日を含めて14 日以内でなくとも有効です。

※ただし、病気やけがをなさっている方の医療輸送、心臓、呼吸器、脳神経疾患など体調が急変するおそれのある疾患の方、「診断書」の作成後やご旅行中に病状、体調に変化があった場合には改めて作成・ご提出をお願いいたします。

「診断書」記入についての留意事項

お医者様へ

[illegible]

体調や症状が安定しているお客様は、診断書の有効期限を記載することができます。お医者様は、お客様（患者様）よりご相談がありましたら、ご診断の上診断書の有効期限欄にご記入ください。有効期限内の診断書はお客様ご自身で保管ください。

医療機器の用意・設置に伴う費用について

ご搭乗のお客様、お医者様へ

医療機器の用意・設置に伴う経費などは、別料金・費用を申し受けるものがあります。また、以下の項目に該当する場合は、別途料金をお支払いいただく必要があります。

- ストレッチャー（簡易ベッド）でのご搭乗
- 保育器設置のための座席確保
- 前の座席の下などに収納できないサイズの医療機器

※お預かりできないものや機内にお持ち込みできないもの、機内で使用できない医療機器もありますので、事前に詳細をお知らせください。

航空機内環境とお身体に及ぼす影響

航空機は通常、高度 9,000～12,000 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、機内は与圧装置で調節されていますが、客室内の気圧は地上より低い 0.7～0.8 気圧で、標高 2,000～2,500 メートルの山（富士山の５合目程度）に登っているのと等しい状態です。また、離陸・着陸時の 15～30 分間には大きな気圧の変化が生じます。
気圧が低下すると体内中のガスは膨張し、体外に排出されない（できない状態の）ガスは巡航中に膨らんでしまうため、患部や内臓を圧迫して痛みが出現したり、呼吸困難になることもあります。
また、気圧の低下に伴い、機内酸素分圧（空気中の酸素圧力）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などはいずれも酸素濃度の低下により影響を受けます。また、酸素不足が妊娠後期の妊婦や新生児にも、悪影響を及ぼすことがあります。

一類、二類、三類感染症、
新型インフルエンザ等感染症、新感染症の方、 その他航空機搭乗により
他のお客様に伝染するおそれがある
重大な急性感染症の方は原則としてご搭乗いただけません。

旅行に適していない状態

▮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

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 (*1) については航空機搭乗に適しておりませんが、医師により感染のおそれがないと認められた場合にはこの限りではありません。

(*1)

病名	出席停止期間
新型コロナウイルス感染症	発症した後5日を経過し、かつ症状が軽快した後１日を経過するまで
インフルエンザ	発症した後 5 日を経過し、かつ熱が下がった後 2 日を経過するまで
百日咳	特有の咳がでなくなるまで、または抗菌性物質製剤による治療が終了するまで
麻疹（はしか）	熱が下がった後 3 日を経過するまで
流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）	耳下腺、顎下腺または舌下線の腫れが発現した後 5 日を経過するまで
風疹（三日ばしか）	発疹が消えるまで
水痘	全ての発疹がかさぶたになるまで
咽頭結膜熱	主な症状がなくなった後 2 日を経過するまで
結核、髄膜炎菌性 髄膜炎、流行性角結膜炎など	症状により医師が感染のおそれがないと認めるまで

▮その他の症状の方

以下の状態にある方も航空機搭乗には適しておりませんが、病状、体調などが安定しており、医師が「診断書」などにより搭乗の適正があると判断・証明した場合には、この限りではありませんので、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（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
    ※ご搭乗に際しては、医師の証明として搭乗日を含めて７日以内に作成された「診断書」が必要。国際線においては出産予定日を含めて 14 日以内、国内線においては出産予定日を含めて７日以内の搭乗の場合は産科医の同伴が必要。
14. 生後７日以内の新生児

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［　］
		お名前		
		フリガナ		☐ 医師　☐ 看護師　☐ その他［　］
		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	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
2	機内車いすは必要ですか？	☐ 必要　☐ 不要
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。 ＊ リチウムイオン（LI-ON）は 2012 年 8 月 10 日から予備バッテリーの輸送が可能になりました。個数制限がありますので予めお知らせ下さい。取り外したリチウムイオンバッテリーと予備バッテリーは衝撃から保護するため梱包した状態で機内へのお持込みをお願いします。	☐ はい　☐ いいえ　＊ お客様の車いすは、チェックイン時カウンターでお預かりし、会社が用意した車いすで飛行機までご案内致します。 ☐ 手動式 ☐ 電動式 → ☐ ノンシールドタイプ（非防漏鉛型蓄電池） ☐ シールドタイプ（防漏型鉛蓄電池） ☐ ドライタイプ （バッテリーの種類が分かれば該当するものに☑をしてください。 ☐ リチウムイオン（LI-ION）　☐ ニッカド（Ni-Cd）　☐ ニッケル水素（Ni-MH）） ☐ 折畳み可 ☐ 折畳み不可　→折畳みできない・もしくは電動車いすの場合はサイズをご記入ください。 奥行 ＿＿ cm　幅 ＿＿ cm　高さ ＿＿ cm　重さ ＿＿ kg ＊ 大きいサイズの車いすは、機種によっては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	機内で酸素ボンベを使用しますか？	☐ 使用しない ☐ 使用する → ☐ 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（※） (※)酸素ボンベは、お客様で操作していただきます。貸出の際には事前予約が必要です。
5	機内でストレッチャー（簡易ベッド）の手配が必要ですか？	☐ 不要　☐ 必要
6	出発空港まで（到着空港から）寝台車の手配をされている場合、詳細をご記入ください。 ▸出発地　寝台車会社名 ＿＿＿＿　連絡先 ＿＿＿＿ ▸出発地　寝台車会社名 ＿＿＿＿　連絡先 ＿＿＿＿ 移動先（病院名など）	
7	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
	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？（※）	☐ 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	付添者名（付添者は隣席への着席が必要です） ［　］
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、機内使用が可能な機器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
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。		

お客様(患者様)からの要請により、適正があると判断された場合はご記入ください。）　※妊婦は有効期限記載対象外とする
病状・体調などが安定しているため、診断書は　年　月　日まで有効と判断いたします。

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			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	

（※）客室乗務員は、応急処置の訓練を受けていますが、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を行うことは許されておりません。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。

ADD02-001-240401