

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。

「診断書」の記入・提出が必要な場合

下記 ~ 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。

機内で酸素吸入、医療機器の使用（医療用酸素ボンベ、携帯型酸素濃縮器(POC)、人工呼吸器を使用される方）、
医療行為を行う必要のある方

- ② 重症傷病患者
- ③ 次ページの参考資料「その他の症状の方」に該当される方
- ④ 上記 ~ ③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

ソラシドエア運航便ではストレッチャー（簡易ベッド）および保育器の使用は出来ません。

「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日以内に作成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、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」の記入についての留意事項

お医者様へ

「診断書」の記入に際しましては、「航空旅行・旅程がお客様（患者様）のおからだに及ぼす影響を考慮して航空旅行の適否」をご診断ください。また、留意事項などは「診断書」の「所見／細述欄」にお書き添えください。

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。

- ・ 前の座席の下などに収納できないサイズの医療機器持ち込みのための座席確保

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。上空は気圧が低いので、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0.8気圧程度で、標高2,000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。

感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律により、
一類、二類、三類感染症、新型インフルエンザ等感染症、指定感染症および新感染症、
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
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

上記以外の感染症の方で、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^(*)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。

(*)

病名	
インフルエンザ	発症後5日、かつ、解熱後2日（幼児3日）が経過するまで
百日咳	特有の咳が消失するまで、または、5日間の適正な抗菌剤による治療が終了するまで
流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）	耳下腺、顎下腺または舌下腺の腫脹が発現した後5日間を経過し、かつ、全身状態が良好となるまで
風疹	発疹が消失するまで
水痘	すべての発疹が痂皮化するまで
咽頭結膜炎	主要症状が消失した後2日を経過するまで
流行性角膜炎・急性出血結膜炎 など	

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. 重篤な心臓病、重篤な心不全、チアノーゼ性心疾患並びに心筋梗塞を起こす可能性がある方
2. 強度の貧血症の方
3. 耳管閉塞患者
4. 最近脳室撮影（気脳写）を行った神経系疾患患者
5. 従隔腫瘍、極端に大きいヘルニア、脳閉塞、頭蓋内圧上昇をきたす頭部疾患患者
6. 頭蓋骨骨折の治療が健常者同様になるまでに回復していない方
7. 下顎骨骨折を治療中の方
8. 灰白髄炎発病後1カ月を経過していない方および延髄型の灰白髄炎患者
9. 手術後の創傷が健常者同様になるまでに回復していない方
10. 産後間もない方
11. 咯血、吐血を伴う疾患の方
12. 激しいうめきや嘔吐の症状を有する方
13. その他、低酸素、低血圧、動揺および振動により病気が悪化する可能性がある方
14. 生後7日以内の新生児
15. 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。
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。

以上

下記のすべてのチェックボックス☐にご記入をお願いします。
 また、航空機搭乗に際し症状などの必要な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。

旅客 (患者) 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	* 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。	<input type="checkbox"/> 適 復路便の適否は?(往復旅程の場合) <input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否 復路搭乗日[月 日] <input type="checkbox"/> 否
2 感染性疾患ですか?	<input type="checkbox"/> はい 「はい」の場合、詳細をご記入ください。(他者への感染のおそれの有無を含む) <input type="checkbox"/> いいえ
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を着席できますか?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
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? ()	<input type="checkbox"/> 付添者なしで搭乗が可能 <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 付添者名 []
5 機内で酸素吸入を必要としますか?	<input type="checkbox"/> 必要 「必要」の場合、酸素量・常時吸入かをご記入ください。 <input type="checkbox"/> 不要 酸素量 [] l/分 常時吸入 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
6 機内で人工呼吸器などの医療機器を使用しますか? * 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けます。	<input type="checkbox"/> はい 「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。 <input type="checkbox"/> いいえ ■機器名 _____ ■メーカー _____ ■製品名・型番 _____ ■バッテリー/サイズ _____
7 機内で薬品などを用いた医療行為を行いますか?	<input type="checkbox"/> はい 「はい」の場合、内容をご記入ください。 <input type="checkbox"/> いいえ
8 所見/細述(搭乗や機内サービス上留意すべき点があればご記入ください)	

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

() 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。

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	性別	
		お名前		歳	<input type="checkbox"/> 男性	<input type="checkbox"/> 女性
		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		<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				
	*ソラシドエア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。	<input type="checkbox"/> 利用しない <input type="checkbox"/> 利用する <input type="checkbox"/> おひとりでは歩行ができない <input type="checkbox"/> おひとりでは歩行はできるが階段の昇り降りはできない <input type="checkbox"/> おひとりでは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？	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 手動式 <input type="checkbox"/> 電動式 <input type="checkbox"/> ノンシールドタイプ(非防漏型蓄電池) <input type="checkbox"/> シールドタイプ(防漏型鉛蓄電池) <input type="checkbox"/> ドライタイプ(バッテリーの種類がわ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) <input type="checkbox"/> 折りみ可 <input type="checkbox"/> 折りみ不可 折りみできない場合は、サイズをご記入ください。 長さ _____cm 高さ _____cm 横幅 _____cm 重量 _____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？	<input type="checkbox"/> 使用しない <input type="checkbox"/> 使用する <input type="checkbox"/> お客様ご自身の酸素ボンベを持ち込む <input type="checkbox"/> 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	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 _____ ▶到着地 寝台車会社名 _____ 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。	