



诊断证明 MEDICAL INFORMATION FORM (MEDIF) 【医生填写用】

以下内容请填写☑。另外、请填写在搭乘航班时，关于该症状等内容的说明后、以传真的方式提交给呼叫中心（仅限呼叫中心营业时间内）。如填写内容不全时，本公司将会进行联系并确认相关内容。

(FAX: 0476-27-5605 营业时间 9: 00~17: 30 (日本时间))

乘客 (患者) 信息	姓名		年龄	岁	性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	诊断(病名)					
	症状以及详情	*医生以外人员也可理解的病名和症状。				
	症状开始日 (手术实施日)	年	月	日	孕妇乘客 (预产期)	年 月 日 搭乘当天为第()周

诊断内容			
1	是否可以乘坐航班 *请整体考虑旅行期间是否对身体产生影响。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	回程航班是否可以乘坐 回程乘机日 [月 日] <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
2	是否为传染性疾病	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	→「是」的情况下，请详细填写。(是否有可能传染他人)
3	起飞降落，以及安全带指示灯点灯时，需要背部直立就座是否可以？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	→「否」的情况下，不可乘坐航班
4	无同行者(医生，护士或者医生认可的人员)时，是否可以乘坐航班？	<input type="checkbox"/> 无同行者可以乘坐航班 <input type="checkbox"/> 医生或者护士要同行 <input type="checkbox"/> 需要医生认可人员同行	*器械操作时、自己可以单独操作为必须条件。 同行者姓名 []
5	机舱内是否需要吸氧？	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要	→「必要」的情况下，氧气量·是否需要保持吸氧。 氧气量 [] ℓ/分 保持吸氧 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要
6	机舱内是否使用人工呼吸器等医疗器械？ *医疗器械需要确保放置位置，请提前购买放置器械所用坐席。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	→「是」的情况下，需要确认该器械是否能够在机舱内使用，请详细填写。 器械名称 _____ 生产厂商 _____ 产品名·型号 _____ 电池 / 尺寸 _____
7	机舱内是否需要使用药物治疗？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	→「是」的情况下，请详细填写。
8	详细说明(乘坐航班和机舱内提供服务时的注意事项)		

以上记载的诊断证明，该患者乘坐航班时、提供给航空公司相关信息已经取得患者同意。

医生 信息	医生姓名		填写日期	年 月 日
	医疗机构名称		科别	
	电话(内线)		紧急联系电话	