

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、在出发日前5个工作日内以传真的方式提交给呼叫中心（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 9:00~21:00)

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 距离搭乘日()周

诊断内容

1	是否可以乘坐航班 <small>*请整体考虑旅行期间是否对身体产生影响。</small>	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	回程航班是否可以乘坐(往返7天以内) 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 →「是」的情况下, 请详细填写。(是否有可能传染他人) <input type="checkbox"/> 否		
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 <small>*器械操作时、自己可以单独操作作为必须条件。</small> <input type="checkbox"/> 医生或者护士要同行 <small>同行者姓名</small> <input type="checkbox"/> 需要医生认可人员同行 []		
5	机舱内是否需要吸氧?	<input type="checkbox"/> 必要 →「必要」的情况下, 氧气量・是否需要保持吸氧。 <input type="checkbox"/> 不要 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? <small>*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。</small>	<input type="checkbox"/> 是 →「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。 <input type="checkbox"/> 否 <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 →「是」的情况下, 请详细填写。 <input type="checkbox"/> 否		
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	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	