

**該当する方のみご返送をお願いします。下記項目に該当しない方はご返送不要です。**

□にチェックを入れ、必要事項のご記入をお願いします。該当しない項目は空欄で結構です。

- さらに詳しい状況をお伺いするか、お申込みのツアー参加に支障のない健康状態である旨の医師の診断書の提出をお願いすることがあります。
- 特別な手配が必要となる場合は有料でお引き受けすることがあります。
- 健康状態によりツアーへのご参加をお断りさせていただくか、介助者のご同行を参加条件とさせていただくことがあります。

		照会番号		
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
	医師の診断 (病名)			
	症状の始まった日 (手術を行った日)	年	月	日
お付添いの方	フリガナ	年齢	性別	
	お名前	歳	<input type="checkbox"/> 男性	<input type="checkbox"/> 女性
* 空港係員および乗務員は、お食事・化粧室のご利用などの介助は致しません。これらの介助が必要な場合は付き添いの方の同伴をおすすめします。				
1. 症状などの詳細をお知らせください。	(1) 現在、症状は安定されていますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
	(2) 現在も通院されていますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
	(3) 通院は定期的な検査のためですか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
	(4) 薬は服用されていますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
	(5) 服用中の薬は機内にお持込になりますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
		↓「はい」の場合、①～③をお知らせください。		
		① 医薬品名をお知らせください		
		[ * 薬品名 ]		
	(注) 医療器具には注射器や注射針も含まれます。	② 医薬品を接種するための医療器具はお持込になりますか？		
	(注) 機内にお持込の場合、数量をお知らせください。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
		[ * 数量 ]		
	(注) 機内にお持込の場合、容器の形状や材質、保冷剤の材質や数量をお知らせください。	③ 医薬品を保存するための保冷や容器をお持込になりますか？		
		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
		[ * 容器の形状や材質・保冷剤の材質や数量等 ]		
	(6) 杖や松葉杖は機内にお持ちになりますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
		↓「はい」の場合、①～③をお知らせください。		
		① 杖や松葉杖は折畳みが可能ですか？		
		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
		② 杖や松葉杖のサイズをお知らせください		
		長さ _____ cm		
		③ 材質をお知らせください		
		[ _____ ]		
	(7) 妊娠中のお客様へお尋ねします。	① 出産予定日をお知らせください		
		_____ 年 _____ 月 _____ 日		
		② ご搭乗時は出産何週目ですか？		
		往路 _____ 週目		
		復路 _____ 週目		
		③ 多胎妊娠(双子以上の妊娠)ですか？		
		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	

**\* 裏面のご記入もお願いいたします。**

<p>2. 該当する場合は“レ”点をお願いします。</p> <p>→「はい」の場合、機内使用が可能か確認をいたしまし詳細をご記入ください。</p> <p>機内使用不可の場合のみご連絡いたします。</p>	<p>(1) 離発着時、座席の背を立てた状態でシートベルトを締め、座位を保つことができますか？</p> <p><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p> <p>(2) 機内で医療機器を使用しますか？</p> <p><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p> <p>機器名 _____</p> <p>メーカー _____</p> <p>製品名・型番 _____</p> <p>バッテリー／サイズ _____</p>
<p>3. 空港で車いすをご利用になりますか？</p> <p>→ご利用の場合、歩行状況についてお知らせください。</p>	<p><input type="checkbox"/> 利用しない <input type="checkbox"/> 利用する</p> <p>どの程度お歩きになれますか？</p> <p><input type="checkbox"/> おひとりで歩行ができない</p> <p>↳ お手伝いがあれば歩行ができる <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p> <p><input type="checkbox"/> おひとりで歩行はできるが階段の昇り降りができない</p> <p>↳ お手伝いがあれば階段の昇り降りができる <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p> <p><input type="checkbox"/> 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</p>
<p>4. 車いすご利用理由をお知らせください。</p>	<p><input type="checkbox"/> ご高齢 <input type="checkbox"/> お怪我 <input type="checkbox"/> ご病気</p>
<p>5. お客様ご自身の車いすはお持ちになりますか？</p> <p>→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。</p> <p>→折畳み可能な車いすの場合、「折畳み前」と「折畳み後」のサイズをお知らせください。</p>	<p><input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい</p> <p><input type="checkbox"/> 手動式</p> <p><input type="checkbox"/> 電動式 → <input type="checkbox"/> ノンシールドタイプ（非防漏型鉛蓄電池）</p> <p><input type="checkbox"/> シールドタイプ（防漏型鉛蓄電池）</p> <p><input type="checkbox"/> ドライタイプ（注1）バッテリーの種類をご存知の場合、該当するものに○をお願いします。</p> <p>↳ リチウムイオン(Li-ion) / ニッカド(Ni-Cd) / ニッケル水素(Ni-MH)</p> <p><input type="checkbox"/> 折畳み可 <input type="checkbox"/> 折畳み不可</p> <p>奥行 _____ cm 高さ _____ cm 横幅 _____ cm 重量 _____ kg</p> <p>奥行 _____ cm 高さ _____ cm 横幅 _____ cm 重量 _____ kg</p>
<p>6. 車いすはどちらの空港でご利用希望ですか？</p>	<p>(1) 往路</p> <p><input type="checkbox"/> 出発地空港のみ利用希望</p> <p><input type="checkbox"/> 出発、経由地、到着地空港で利用希望</p> <p>(2) 復路</p> <p><input type="checkbox"/> 出発地空港のみ利用希望</p> <p><input type="checkbox"/> 出発、経由地、到着地空港で利用希望</p>
<p>7. 機内用車いすは必要ですか？</p>	<p><input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要</p>
<p>8. その他、連絡事項がありましたらご記入ください。</p>	