

平成30年度 東京都医療機関における外国人患者対応支援研修
実践編(診療編)グループワーク



「訪日外国人旅行者の 医療対応ケースに関する検討」

国際医療福祉大学大学院 医療経営管理分野/
医療通訳・国際医療マネジメント分野 岡村 世里奈
NTT東日本関東病院 鹿野 裕子

< 事案の概要 >

【患者】

- ・ベトナム人男性(54歳)(英語)

【同行者】

- ・弟(英語)

【来院時間】

- ・宿泊先のホテルの紹介で、平日の月曜日10:15頃に来院

【主訴】

- ・商用で現在兄弟で日本に滞在中
- ・胸の違和感



注)本ケースは、当該研修用に加工してあります。

<事象の流れ>

①8月1日（水）の10時頃、提携協力関係のある近隣のホテルから、外国人宿泊者（英語）が胸の違和感・痛みを訴えている。もともと持病があるらしい。診てもらえるか問い合わせあり。

②10時15分頃、患者が弟を同伴して来院。（国際部職員スタンバイ）

③看護師がトリアージを開始。同時に、国際部職員が情報収集開始。（Q1）



<Question1>

- ・「③情報収集」の段階で、医療機関としては、どのような情報を収集しておく必要があると思いますか？

(アナムネなど、日本人患者であろうが外国人患者であろうが患者全員に当然聞くような情報は省いていただいて、「訪日外国人旅行者の患者が来院してきたら、その後の円滑な治療・トラブル防止を図るために、聞いておかなければならないもの」という観点からお考え下さい。)

↓

【看護師のトリアージから以下の諸点を確認】

- ・ビジネスマン（商用）
- ・診療情報（英語）保有
- ・薬歴：アスピリン100mg、ビソプロロール5mg
ロスバスタチン20mg、クロビドグレル75mg
- ・喫煙歴：約40年間、1日10本
- ・既往歴：虚血性心疾患
- ・右冠動脈（RCA-M）99%閉塞→自国で2018年5月にステント留置
- ・左冠動脈（LM）60%狭窄
→血管の分岐部分の狭窄、自国での医療水準では医療材料・技術の不足があり治療できず経過観察になっていた。
- ・治療後は禁煙、胸部違和感あるが、飛行機搭乗可能
- ・自国病院のPCI治療レポート（手書きをスキャン）（ほぼ英語・ベトナム語混在）
- ・検体検査/血液、尿（英語）、胸部XPLレポート（英語、画像はなし）
心エコーレポート（英語）及び画像（紙出力のコピー）、
心電図等のデータを保有
- ・患者：「朝から胸の違和感が強くとっても心配。できるだけ治療をしたい！」



<Question2>

- ・日本人患者であれば、このままルーティーンの検査・治療が行われると思いますが、訪日外国人旅行者患者でも、まったく同じように進めても大丈夫だと思いますか？

もし医療者側で考慮・配慮しなければならないとしたら、どのようなことでしょうか？

④循環器内科を受診

- ・ 検査オーダー：検体検査、胸部XP、心電図、造影CT
- ・ 国際部職員が外来検査一通りの価格を告げる（5~6万円）
→本人「支払いについては問題ないので、是非！」



⑤【診療面】

- ・ CTから、左の狭窄を発見
- ・ 医師「検査入院が望ましい、1週間後に2泊3日。」
- ・ 本人「心配だからすぐしてほしい。今日でも構わない。」
- ・ 医師「それでは、明日にしましょう。」

【事務方】

- ・ 本人に価格の説明を行う。
- ・ 本人が「海外旅行保険がカバーするから大丈夫」というが、念のため保険内容を確認するように伝える。



⑥8月2日（木）午前中

- ・ 患者が予定通り入院。
- ・ 但し、到着早々、「保険内容を確認したら、補償限度額が200万円だった。治療はしてほしいけれども、安くできるのであれば、できるだけ安くしてほしい。」との依頼あり。(Q3)



< Question 3 >

- ①本ケースの場合、この時点で何かできることはありますか？
- ②また、本研修の窓口編で取り上げたケースでは、フィリピン人の観光客が救急搬送され、脳出血と診断されました。

事務方が医師に今後の治療方針を確認した結果、入院期間が約2か月、治療費が700万円前後になることがわかりました。そこで、その事を患者のご家族にお伝えしたところ、海外旅行保険で補償額(200万円)を大幅にオーバーするので、できるだけ治療費は抑えてほしいと言われました。このケースの場合、どうすれば良いでしょうか？
(フィリピンの年収:30~50万円)

⑦8月3日（金）＜入院2日目＞

- ・ CAG検査の結果、左冠動脈（LM）の狭窄：60%→75%。
→治療（PCI）が必要と判断。
- ・ 医師「1週間後にPCI治療のための入院を勧める。」
- ・ 患者「滞在の都合等もあるのですぐにやってもらえないだろうか。」
「明日はダメですか？」
「治療費はいくらくらいになりますか？ディスカウントは？」
- ・ 職員「土・日は緊急対応以外していません。」
「価格は350万円程度。ディスカウントはできません。」
→8/6（月）治療実施

⑧8月8日（水）＜退院＞

- ・ 患者「飛行機は乗っても大丈夫ですか？できればすぐ帰りたい。」
- ・ 医師「次の外来で判断しましょう。」 (Q4)

⑨8月15日（水）＜外来＞

- ・ 医師「飛行機に乗っても大丈夫でしょう。」
- ・ 患者「診断書がほしい。」 (Q5)



<Question4>

- ・今回の患者さんは、医師の指示に従いましたが、指示に従わない患者さんに対しては、どのような対応をすればよいのでしょうか？

例：中国人観光客（男性50代）（同伴者：妻・息子）が、動機、呼吸苦、高熱を訴えて夜間に救急搬送。
陳旧性心筋梗塞後の心不全と診断し、入院して様子を見たほうが良いと医師は判断。

- ・妻 「明日の飛行機で帰る。」
- ・息子「こんなのはいつものことだから心配ない。」
「(病院が)儲けたいから、入院を勧めるんだろう。」
「戻って保険請求するから、診断書は書いて。」



<Question5>

- ・外国人旅行者の診断書を作成する際のポイントとして留意していること(若しくは留意する必要があると考えていること)は何かありますか？

グループで話し合ってみてください。

<日本人患者>



問診

検査結果等



治療方針・
治療計画等

<訪日外国人旅行者>



問診

検査結果等

経済力

滞在状況・条件

その他患者さんの意向



治療方針・
治療計画等

同意

平成30年度

東京都医療機関における外国人患者対応支援研修
実践編(診療編)グループワーク

「訪日外国人旅行者の医療対応ケースに関する検討」

参考資料

国際医療福祉大学大学院 医療経営管理分野/
医療通訳・国際医療マネジメント分野 岡村 世里奈
NTT東日本関東病院 鹿野 裕子

(様式2)

誓約書

NTT東日本関東病院
院長ならびに主治医 殿

私は、現在の私の病名と治療内容、及び指示どおりに治療を継続しないことにより発生の予見される危険性につき説明を受けました。

今後私が指示どおりに治療を継続しないことにより生じる健康的、社会的、経済的被害については自己責任であり、貴院に対し一切の不服を申立てないことを誓います。

病 名：

治療内容：

今後治療を継続しないことにより発生の予見される危険性：

平成 年 月 日

患者氏名 印

保証人氏名 印

Proclamation (誓約書)

To the Hospital director and the physician in charge
of the NTT Medical center Tokyo

I received the explanation about the disease name, the contents of treatment,
and the predictable risks of not following the instructions.

I hereby swear that all the health, social and financial damages caused by not
continuing the treatment as instructed, are totally my responsibility and will not
claim anything to the hospital.

Disease name: _____

Treatment content: _____

Predictable risks of not following instruction:

YYYY/MM/DD

Date _____

Patient's name _____

Guarantor's name _____

Please state below details of your Diagnosis and the Medical Treatment/Management given to the Patient:

Complete diagnosis: **Treatment/management:**

Prognosis:

Has the insured been hospitalized? Yes No **If "Yes", please provide details below:**

Date of Admission: **Date of Discharge:**

Name of the Hospital: **Contact Details:**

Aside from you, did other physicians attend the patient during his/her confinement?
 Yes No. **If "yes", please provide details below:**

Name: **Contact Details:**

Please state all tests performed during the consultation and/or confinement of the patient:

5. Declarations And Authorizations:

I hereby certify that I have personally examined and treated the Patient in connection to the above condition and that the facts as given above present my opinion of his/her condition. I declare and agree to make the declaration on this claim form.

Name of Physician:

Signature: **Place of Signing:**

Date of Signing: (yyyy/mm/dd)

Field of Specialization: **License No.:**

Clinic Address:

Mobile No.: **Clinic Tel. No.:**

診断書の記入に際して

Medical Information Form (MEDIF)

航空機は振動、揺れが比較的少なく、ご病気のお客様の安静状態を保てるなどの利点がありますが、一方、飛行時間、飛行高度(機内の与圧状態)、気象状況が病状に悪影響を与えることもあるため、ご容体によってはご利用いただけない場合があります。

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。上空は気圧が低いと、機内は与圧されていますが、客室内の気圧は地上より低く、標高 2,000-2,500 メートルの山に登っているのと同じ状態です。(富士山の 5 号目程度)。また、着陸前の 15-30 分間には大きな気圧の変化が生じます。

機内気圧の変化

気圧が低下すると身体の中のガスは膨張します。身体の外に排出されない(出来ない状態の)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。

酸素濃度の低下

呼吸器の障がい、心臓の障がい、脳血管の障がいや重傷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。また妊娠後の妊婦や新生児もこの影響を受けることがあります。

したがって、下記数字①～⑤のいずれに該当されるお客様には、この診断書 1 通をご用意いただき、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簡易ベット(ストレッチャー)を使用される方。
(生来の障がい等により、症状が安定しており、通院の必要が無い場合は、同意書のみで構いません。)
- ③重症傷病患者
- ④次ページの参考資料の項目 1-13 に該当される方。
- ⑤上記の他に怪我、治療中の疾病や最近受けた手術が航空旅行により身体に影響を及ぼすと思われる場合にも提出をお願いしております。

医療器具の設置のための座席確保、医療器具の用意、設置に伴う経費等は別料金・費用を申し受けるものもあります。

診断書は、旅行開始日より 14 日前以降に作成されたものをご用意頂きます。

ただし、病人、けが人の医療輸送の場合や、心臓、呼吸器、脳神経疾患などのように病状、体調が急に変わることのある疾患をお持ちの方、及び出産予定日まで 28 日以内の妊婦の方は、旅行開始日の 7 日前以降に作成されたものをご用意いただきます(妊婦の場合は、診断書の MEDA1～MEDA4 及び署名欄にご記入ください)。また、ご旅行中に病状、体調に変化があった場合は改めてのご提出をお願いしております。

お客様へ : 3 ページ目の「必要な手配について」を記入し、同意書をご一読のうえ、記入、ご署名ください。

お医者様へ : 4 ページ目の診断書をご記入ください。記入に際しましては、「旅程が旅客(患者)の身体に及ぼす影響を考慮して航空旅客の適否」をご診断ください。また、留意事項などを診断書下部の所見／細述欄にお書き添えください。



参考資料

一類、二類、三類感染症、新感染症、その他伝染の恐れのある重大な急性感染症の方はご搭乗いただけません。

また、以下の状態にある方も航空旅行には適しておりませんが、病状、体調などが安定しており、医師が搭乗の適性を証明し、かつ医師の付添のある場合はご搭乗いただけることもあります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、不安定狭心症、急性心筋梗塞(通常発病後6週間以内は不適)
2. 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
3. 咯血を繰り返す方
4. 脳卒中急性期患者(通常発病後4週以内は不適)
5. 検査後などで中枢神経に空気の残存する方
6. 頭蓋内圧上昇を来たす頭部疾患患者
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. 病状が安定していないアルコールその他の中毒患者
12. 生後7日以前の新生児
13. 出産予定日まで28日以内にある妊婦(産科医が搭乗の適性を証明する場合は医師の付添は条件といたしません)ただし、国際線においては出産予定日まで14日以内、国内線においては出産予定日まで7日以内の搭乗の場合は産科医の同伴が条件となります

必要な手配について	お客様による記入							
(旅程) 搭乗予定便名/月日	便	クラス	月	日	搭乗区間	より	まで	
	便	クラス	月	日	搭乗区間	より	まで	
	便	クラス	月	日	搭乗区間	より	まで	
1. 空港で車いすは必要ですか?	はい <input type="checkbox"/>	→			どの程度お歩きになれますか?			
	いいえ <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> ひとりでは歩けない (WCHC) <input type="checkbox"/> 階段の昇り降りは出来ないが、機内は歩行可能 (WCHS) <input type="checkbox"/> 階段の昇り降りは出来るが、空港内で車いすが必要 (WCHR)			
2. お客様ご自身の車椅子をあずけますか?	はい <input type="checkbox"/>	手動式 (WCMP)	→		<input type="checkbox"/> チェックイン時に預ける <input type="checkbox"/> 搭乗ゲートまで利用したい <small>*ただし、当日の天候、駐機場によっては対応できない場合もありますのでご了承願います。</small>			
	いいえ <input type="checkbox"/>	電動式	→		<input type="checkbox"/> 一般蓄電池使用 (WCBW) <input type="checkbox"/> 密閉型蓄電池使用/シールド型 (WCBD)			
(電動車いすについて) *電動車いすは1便当りのお預かりできる台数に制限があります。								
3. 機内用車椅子 (WCOB) は必要ですか。	いいえ <input type="checkbox"/>	はい <input type="checkbox"/>						
4. 機内では簡易ベット (ストレッチャー) の手配が必要でしょうか。	いいえ <input type="checkbox"/>	はい <input type="checkbox"/>	→ (この場合、医師の診断書と付添人が必要です。)					
5. 寝台車をお使いの予定ですか								
(出発地)	いいえ <input type="checkbox"/>	寝台車会社及び連絡先						
	はい <input type="checkbox"/>	行先						
(到着地)	いいえ <input type="checkbox"/>	寝台車会社及び連絡先						
	はい <input type="checkbox"/>	行先						
6. 付添の方								
	氏名	年齢	性別					
	1.		□医師 □看護師 □その他 ()					
	2.		□医師 □看護師 □その他 ()					
	3.		□医師 □看護師 □その他 ()					

同意書

全日本空輸株式会社 殿

お客様へ：旅行の手配に際し、ご一読の上、ご署名願います。

私は、私の健康状態が航空運送に適するかどうかを判断するために航空会社が必要とする情報を _____ 医師が関係航空会社に提供することに同意します。 (病院名/医師名)

またこれに伴い、私は、その情報に関する同医師の職業上の守秘義務を免除するとともに、同医師に関わる費用は私の負担とする事に同意します。

私は、航空会社が私の運送を引き受けた場合には、その運送には航空会社の運送約款及び規則が適用になること、また航空会社はその運送約款及び規則を超えた責任を負わないことを確認します。

私は、私の旅行に起因して航空会社に発生した費用については、請求に応じ、これを支払うことに同意します。

住所： _____ 日付： _____ お客様署名： _____ (または代理人の方) Ⓜ

診断書 MEDICAL INFORMATION FORM (MEDIF)

全日本空輸株式会社 殿

医師による記入 以下のすべての欄に記入願います。
 “はい” “いいえ”の欄については該当する方に(✓)印を記入し、航空旅行に際し、必要な記述をお願いいたします。

- (注)
- MEDA 3及びMEDA 4については、医師以外の人でも判る病名、症状を併記して下さい。
 - 客室乗務員は、応急措置の訓練を受けておりますが、注射及び薬品による治療をすることは許されていません。又、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お世話をすることは出来ませんのでご了承ください。
 - 医療器具の設置のための座席確保、医療器具の用意、設置に伴う経費等は別料金・費用を申し受けるものもあります。

MEDA 1 旅客(患者)氏名 年齢 性別

MEDA 2 医師 お名前 医療機関名/専門科 住所
 電話番号(病院・医院) (自宅)

MEDA 3 診断(病名)、症状 在宅医療患者 妊娠 満 週 (出産予定日)
 (注1) 症状の始まった日 (手術を行った日) 診断日

MEDA 4 経過(予後)と航空旅行の適否について。 適 否
 (注1) (旅程が身体に及ぼす影響も考慮願います)

MEDA 5 感染性疾患ですか いいえ はい → 状態を明記して下さい。

MEDA 6 旅客(患者)の容態及び、状態は周囲の一般の旅客に迷惑、危害等を与えますか。 またはその可能性はありますか。 いいえ はい → 状態を明記して下さい

MEDA 7 離着陸時、また、必要時背もたれを立てたままの状態で座席を使用することが出来ますか。 はい いいえ → “いいえ”の場合は簡易ベット(ストレッチャー)が必要となります。(費用についてはお問い合わせください。)

MEDA 8 ご自身で身の廻りの用をたすことができますか。(食事、トイレ使用、航空機の乗降等) はい いいえ → 必要な援助をご記入ください。

MEDA 9 医師・看護師及び付添人の同伴なしで搭乗可能ですか。 はい いいえ → 医師又は看護師の同伴搭乗が必要
 家族などの付添人が必要

MEDA 10 機内で酸素吸入を必要としますか。 いいえ はい → 酸素量(L/分) 常時使用 はい
 いいえ

MEDA 11 ・患者は、空港・機内で薬品などを用いた医療行為を行う必要がありますか。(注2) (a) 空港においては はい いいえ → 詳細をご記入ください。

MEDA 12 ・人工呼吸器、早産児保育器等の特殊医療機器の使用が必要ですか。 (b) 機内においては はい いいえ → 詳細をご記入ください。

MEDA 13 患者は乗継ぎ時、到着時入院が必要ですか。 (a) 乗継ぎ時間が長時間(含宿泊)の場合 はい いいえ 手配の内容

MEDA 14 必要な場合、どのような手配をされましたか。又、手配をされていぬ場合には“手配せず”とご記入ください。 (b) 到着時 はい いいえ 手配の内容

MEDA 15 その他特異な食事、機内サービス上特にご留意すべき点があればお書きください。 なし あれば詳細にご記入してください。

MEDA 16 その他、手配されたことがありましたらご記入ください。

旅客(患者)の現在の状態について、検査所見と治療状況等を含め細述をお願いいたします。

上記の通り診断いたします。

発行年月日 病院名 医師名

Information before traveling by air**For doctors and passengers**

Long flight time and pressure change caused by changing flight altitude, may sometimes adversely affect passenger's medical condition. **For these reason, air travel may not be suitable for all passengers.**

Handling of Personal Information

ANA may share this MEDIF with a designated organization of medical specialists, who might contact customers if necessary.

Cases when Medical Information Form (MEDIF) is requested

Person traveling with any of the following conditions are requested to notify our reservation staff and will be asked to prepare MEDIF when making a flight reservation.

- ① Person requiring medical oxygen or medical equipment or medical treatments on board.
- ② Person requiring a stretcher service or an incubator on board.
- ③ Person with serious diseases or injuries
- ④ Person who correspond to any of the categories listed on the next page.(GUIDANCE FOR THE PHYSICIAN)
- ⑤ Other than above. Person traveling by air may have adverse affects to one's medical conditions due to recent treatment or surgery.

Submitting MEDIF**For doctors and passengers**

MEDIF must be prepared and issued within **14 days, including the day of departure**. For round-trip flight, the date of return flight may exceed 14 days if it states "Fit to travel" in the appropriate box of MEDIF. However, if adverse change of the passenger's medical condition is observed our staff may ask to submit a new MEDIF to reconfirm the fitness for air travel.

Filling out MEDIF**For doctors**

Please consider the itinerary and its potential effect on the patient's state of health when writing prognosis for the flight. Specify details if any other special attention should be considered in the lower part of MEDIF.

Fee or surcharge**For doctors and passengers**

Fee if any, relevant to the provision of "Special Assistance Request" or MEDIF and for carrier-provided special equipment are to be paid by the passenger concerned.
For following cases, the passenger must purchase extra seats.

***a stretcher service**

***extra seats for an incubator**

***an oversized medical equipment that cannot be stored under the seat in front**

For flight safety reasons, some medical equipment may not be allowed in cabin or as checked baggage. Please contact ANA Disability Desk (ADD) for specific regulation.

The cabin environment and effect on one's body**For doctors and passengers**

Aircraft cabin pressure is regulated by pressurization device at between 0.7-0.8 bars (10.2psia to 12psia), which equals to that at an altitude of 2000-2500 meters. However, significant changes in cabin pressure can occur 15-30 minutes after takeoff and before landing.

As air pressure becomes lower in the cabin, normal internal gases present in the human body expand. These expanded gases not discharged from the body may put pressure on wounds or internal organs possibly cause pain or breathing difficulties.

The cabin pressure drops oxygen density to 70-80% of that at sea level.

Respiratory organs, the heart, blood vessels in the brain and serious anemia can all be adversely affected by low oxygen concentrations. Moreover, this may also affect women in late stages of pregnancy and newborn babies.

As stipulated in the Japan Act on the Prevention of Infectious Diseases and Medical Care for Patients with Infectious Diseases, persons suffering from or suspected of having a Class 1, 2, or 3 infectious disease, a new strain of influenza, a new infectious disease, or another serious acute infectious disease which may infect other persons on board and shall not be basically allowed to travel by air.

Person's condition which is not fit to travel

■ A person who is prohibited from attending school by Japanese law("Act on School Health and Safety")

Other than above, a person who is prohibited from attending school by Japanese law^(*1) shall not be allowed to travel by air unless a physician confirms that there is no risk of the disease to be transmit from person to person.

(*1)	The name of a disease	
	Influenza	After 5days of onset, and 2days after his/her temperature has dropped
	Whooping cough	Until the characteristic cough has suppressed, or until 5days treatment with antibiotics has ended.
	Measles	3 days after his/her temperature has dropped
	Mumps	After 5days of onset of the swelling on submandibular, sublingual and parotid gland, and major symptoms general condition recovered
	Rubella	Until eruption disappears
	Chickenpox	Until the eruption changes to scab
	Pharyngoconjunctival	2 days after the main symptom disappears
	Tuberculosis, Epidemic keratoconjunctivitis, Acute hemorrhagic conjunctivitis	Until a physician evaluates that the disease becomes non-contageous.

■ Person with other symptoms or conditions

Persons with the following conditions are generally considered unfit for air travel. However, if a physician certifies that the patient is stable, and that physician will be accompanying him/her on the entire journey, the airline may accept that individual for travel. Please contact ANA for further information.

1. Those who have critical cardiac disease, severe heart diseases such a cardiac failure, cyanotic heart disease conditions, who have had an episode within the past 6 weeks are not acceptable for travel.
2. Those who have unstable angina pectoris, acute myocardial infarction, who have had an episode within the past 2 weeks are not acceptable for travel.
3. Those who have severe respiratory illness, server respiratory failure, severe chronic obstructive pulmonary disease, or pneumothorax whose lungs are not fully inflated.
4. Those who have repeated hemoptysis
5. Those with apoplexy who have had an episode within the past 4 weeks are not acceptable for travel.
6. Those lesions resulted in increased intracranial pressure, fracture of the skull, or those who underwent permanent wiring in the jaws for mandibular fracture
7. Those who have severe anemia
8. Those with lesions which may cause hematemesis, or melena, intestinal obstruction patients
9. Those who have severe otitis media
10. Those who have not completely recovered from surgery of head, chest or abdomen or women immediately after childbirth
11. Alcoholism or drug addiction
12. Those who have residual air or other gas in his/her body after operation. (for example eye operation)
13. Pregnant woman whose confinement may be expected in less than 28 days. However an escort by a physician will be required if traveling by aircraft within 14 days of the expected confinement for international flights and 7 days for domestic flights.
14. Newborn baby within the first 7 days of birth.

End

ADD01-014-180509

MEDICAL INFORMATION FORM (MEDIF)

To be completed by **ATTENDING PHYSICIAN**

The Physician Attending is requested to answer ALL questions. Enter a cross (X) in the appropriate boxes, and/or give precise concise answers. ANA or a designated medical organization may contact the customer for clarification if necessary .

Completion of the form in **BLOCK LETTERS** will be appreciated.

PATIENTS			
NAME,INITIAL(S)		AGE	GENDER
			<input type="checkbox"/> MALE <input type="checkbox"/> FEMALE
MEDICAL DATA			
DIAGNOSIS in details (including vital signs)	Please write so that non medical personnel are able understand.		
Date of first symptoms/ Diagnosis (Date of Operation)	Date:	For expecting mother (Estimated delivery date)	Date:

Diagnostic content			
1	PROGNOSIS for the flight(s) * Please consider the itinerary and its potential effect on the patient's state of health	<input type="checkbox"/> Fit to Travel <input type="checkbox"/> NOT Fit to Travel	→ Prognosis for the Return Flight (if any) date of return Flight _____ <input type="checkbox"/> Fit to Travel <input type="checkbox"/> NOT Fit to Travel
2	Contagious AND communicable Disease ?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	→If Yes, may the disease be infectious to other persons? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
3	Can sit upright with seat belt fastened ? (during take-off and landing)	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	→If not, is Stretcher needed on board? * An extra stretcher fee is requested besides the applicable fare for both the passenger and escort. Necessary arrangement must be made with the airline. <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
4	Is the patient fit to travel unaccompanied?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No, Must be accompanied by Physician or Nurse <input type="checkbox"/> No, Must be accompanied by a person who is approved by Physician	Escort name [_____]
5	Oxygen needed in flight?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	→If yes, specify (state rate of flow) Continuous? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Liters per minute [_____] ℓ/minute
6	Does patient need any medical equipment in flight? * If you bring oversized medical equipment that cannot be stored under the seat in front, you may need to purchase another seat.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	→If yes, specify ■ The Name of Medical Equipment ■ Manufacturer or Distributor / Product name / type or model number ■ Size / Type of Battery
7	Does patient need any MEDICATION in flight?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	→If yes, specify
8	Specify more details, if necessary		

Prognosis as above. I will provide necessary information required by the airline's medical department for the purpose of determining his/her fitness to travel by air with consent of the patient.

PHYSICIAN			
Print Name		Date	
Signature			
Hospital Name			
Phone No.		Address	

* Our cabin crew members are trained only in FIRST AID and are NOT PERMITTED to administer any injection, or to give medication, or to operate Medical Oxygen cylinders. Additionally, they are not authorized to provide personal care services to particular passengers, to the detriment of their service to other passengers and cabin safety.

SPECIAL ASSISTANCE REQUEST

To be completed by the passenger or travel agent

Please answer ALL questions. Enter a cross (X) in the appropriate "yes" or "no" boxes.
Use BLOCK LETTERS when completing this form.

PATIENTS			
Name	Age		Gender
			<input type="checkbox"/> male <input type="checkbox"/> female
Contact Info	TEL:	TEL:	
Itinerary / Flight Info	Date:	Flight No.:	Travel Segment (DEP-ARR):(—)
	Date:	Flight No.:	Travel Segment (DEP-ARR):(—)
Escort name	<input type="checkbox"/> Physician <input type="checkbox"/> Nurse <input type="checkbox"/> Others ()		
Escort name	<input type="checkbox"/> Physician <input type="checkbox"/> Nurse <input type="checkbox"/> Others ()		

* Our cabin crew members can assist you in using the onboard wheelchair and stowing or retrieving carry-on items, identifying in-flight meal items, and opening packages. However, our cabin crew members are not permitted to provide medical services, assist with feeding or personal hygiene and lavatory functions. For those customers requiring such assistance, it is recommended to travel with an escort.

1	Wheelchair needed?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes →	<input type="checkbox"/> Can not walk by myself <input type="checkbox"/> Can walk alone but can not ascend or descend stairs by myself <input type="checkbox"/> Can ascend or descend stairs by myself but can not walk long distance
2	Wheelchair needed in cabin?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	
3	Please tell us about your personal wheelchair. From Aug 10, 2012, passengers will be allowed to transport spare Li-ion/Lithium-ion batteries that power the mobility device. If the battery is not fully encased and protected to prevent short circuit, the battery must be removed and transported in the cabin of the aircraft. Please inform us in advance for limitation may apply.	<input type="checkbox"/> No wheelchair <input type="checkbox"/> Personal wheelchair <input type="checkbox"/> Manual <input type="checkbox"/> Electric/Battery-powered →	* You can check your wheelchair at the counter. We will take you to the plane in our wheelchair. <input type="checkbox"/> Spillable Battery (Wet-cell "non-sealed") <input type="checkbox"/> Non-Spillable Battery (Wet-cell "sealed") <input type="checkbox"/> Dry Battery * (<input type="checkbox"/> Li-ion/Lithium-ion <input type="checkbox"/> Ni-Cd <input type="checkbox"/> Ni-MH) * Please specify <input type="checkbox"/> Foldable <input type="checkbox"/> Non-foldable → If your wheelchair is non-foldable or battery-powered, please tell us the size and weight. Length _____ cm Width _____ cm Height _____ cm Weight _____ kg *We may not be able to accept large-size wheelchairs due to the size of the cargo door and space.
4	Is Oxygen Cylinder needed in flight?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes →	<input type="checkbox"/> Personal medical oxygen cylinders <input type="checkbox"/> Oxygen Cylinder Rentals (Pay) * The passenger or escort should have knowledge in the use of oxygen cylinders. Must be requested by reservation in advance.
5	Stretcher needed on board?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	
6	Ambulance arranged? (Ambulance must be arranged by the passenger) ▶Departure point Company name _____ Contact Info _____ ▶Arrival point Company name _____ Contact Info _____ Destination (Hospital Name) _____		
7	Special instructions / Precautions		



MEDIF - Medical Information for Fitness to Travel or Special Assistance

PART 2
To be completed
by attending
Physician

NB. The MEDIF should be submitted at least 48 hours before travel is due to commence

This form is intended to provide confidential information to enable the airlines' medical departments to aid in assessment of fitness for travel and to provide for the passenger's special needs. Please ensure information is accurate and current. All sections must be completed clearly using Block letters or a typewriter. Yes/No boxes should be completed with a cross in the relevant box.

Notes for completion:

- **N.B. Cardio-pulmonary cases as well as those requesting continuous oxygen, stretcher or incubator should enclose a recent detailed medical report with the MEDIF (A copy of a specialist or hospital referral would generally be sufficient).**
- Physicians should refer to MEDIF Part 3 for guidance with specific medical conditions.

Cabin attendants are NOT authorised to give special assistance to particular passengers, to the detriment of their service to other passengers, nor are they permitted to administer injections, to give medication, to lift passengers or to assist in the toilet.

MEDA 1	PATIENT'S NAME, INITIAL(S)	SEX	AGE
MEDA 2	ATTENDING PHYSICIAN	Telephone Contact Business:	Name of Hospital or clinic & speciality:
MEDA 3	MEDICAL DATA: DIAGNOSIS in detail (including vital signs as clinically indicated)		Date of operation / diagnosis
	Temp (°C): Pulse: BP: RR: Oxygen Saturation (Room Air) %		Day / month / year of first symptoms:
MEDA 4	PROGNOSIS for the flight(s): Please consider the potential effects of the itinerary and physiological stresses of flight on the patient's state of health and mention if Terminal case. Narratives should be provided for guarded / poor.		
	GOOD <input type="checkbox"/> GUARDED <input type="checkbox"/> POOR <input type="checkbox"/> (no problems anticipated) (potential problems in flight) (problems likely)	Narrative (e.g. late stage disease, unstable)	
MEDA 5	CONTAGIOUS AND COMMUNICABLE disease?	No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/>	Specify:
MEDA 6	Would the physical and/or psychological condition of the patient be likely to cause distress or discomfort to other passengers?	No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/>	Specify:
MEDA 7	Can patient use normal aircraft seat with seatback placed in the UPRIGHT POSITION when so required? If "no", patient will need a stretcher on board.	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Specify:
MEDA 8	Can patient take care of his own needs on board UNASSISTED (including meals, visit to toilet, etc.)? If not, specify type of help needed:	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Specify:
MEDA 9	If to be ESCORTED , is the arrangement satisfactory to you? If not, specify type of escort proposed by you:	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Specify:
MEDA 10	Does the patient need SUPPLEMENTARY OXYGEN equipment in flight?	No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/>	
	GUIDANCE: Patients who can walk 50 metres without dyspnoea generally do not require supplementary Oxygen. Emirates provides flow rates of 2 or 4 Litres per minute of constant flow Oxygen by mask. Please Specify FLOW RATE required.	Constant flow Oxygen (mask, tracheostomy) Specify Flow Rate 2 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> (L/min)	
	Can patient go without oxygen for short periods of time? e.g. for toileting	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
	For Oxygen use in STRETCHER cases, two types of regulators are available 1. Low output pressure for an adjustable constant flow rate through a humidifier to a facemask or other low-pressure medical equipment and 2. High output pressure and a self-sealing valve outlet needed for high-pressure medical equipment.	Indicate which regulator (No other regulators can be used). <input type="checkbox"/> Low pressure regulator (1 psi) <input type="checkbox"/> High Pressure regulator (40-60 psi)	
MEDA 11	Does patient need any medication other than self-administered, and/or the use of special equipment such as respirator, Incubator, nebuliser etc.?	(a) on the GROUND while at the airport(s):	No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Specify:
MEDA 12	(note all equipment on board must be dry cell battery operated)	(b) on board of the AIRCRAFT:	No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Specify:
MEDA 13	Does patient need HOSPITALISATION ? (If yes, indicate details of arrangements made)	(a) during long layover or nightstop at CONNECTING POINTS en route:	No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Details:
MEDA 14	NOTE: The attending physician is responsible for all arrangements.	(b) upon arrival at DESTINATION:	No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Details:
MEDA 15	Other remarks or information in the interest of your patient's smooth and comfortable transportation (specify if any):		
MEDA 16	Other arrangements made by the attending physician:		
Attending Physician's Signature.			Date:
I have Read and understood Part 3 of the MEDIF form.....			



MEDIF Part 3

NOTES FOR THE GUIDANCE OF MEDICAL PRACTITIONERS AND PASSENGERS

The Principal factors to be considered when assessing a patient's fitness for air travel are:

- Reduced atmospheric pressure (Cabin air pressure changes greatly during 15-30 minutes after takeoff and before landing and gas expansion and contraction can cause pain and pressure effects)
- Reduction in oxygen tension. (The cabin is at a pressure equivalent to an altitude of 6,000 to 8,000 feet and oxygen partial pressure is approximately 20% less than on the ground).

Any medical condition which would render a passenger unable to complete the flight safely, without requiring extraordinary medical assistance during the flight is considered unacceptable for air travel.

Conditions usually considered unacceptable for air travel (Although these are suggested limiting factors, each individual case must be considered on its merits and is dependent on whether or not the passenger is accompanied by a professional escort)

- Anaemia of severe degree.
- Severe cases of Otitis Media and Sinusitis.
- Acute, Contagious or Communicable Disease.
- Those suffering from Congestive Cardiac Failure or other cyanotic conditions not fully controlled.
- Uncomplicated Myocardial Infarction within 2 weeks of onset complicated MI within 6 weeks of onset.
- Those suffering from severe respiratory disease or recent pneumothorax.
- Those with GI lesions which may cause hematemesis, melaena or intestinal obstruction.
- Post operative cases:
 - a) Within 10 days of simple abdominal operations.
 - b) Within 21 days of chest or invasive eye surgery (not laser).
- Fractures of the Mandible with fixed wiring of the jaw (unless medically)escorted
- Unstable Mental illness without escort and suitable medication for the journey.
- Uncontrolled seizures unless medically escorted,
- Uncomplicated single Pregnancies beyond the end of the 36th week or multiple pregnancies beyond end of the 32nd week.
- Infants within 7 days of birth.
- Introduction of air to body cavities for diagnostic or therapeutic purposes within 7 days.

Notes on other Specific items

Allergies: Simple requests for a special meal do not require completion of this form. If your patient has a life threatening food allergy that may require treatment in-flight, particularly if they react to the presence of traces of food in the air, this form should be completed. Note; Emirates cannot guarantee peanut free meals.

Asthma: Medication must be carried in *cabin baggage*. Nebulisers require their own power source. Spacer devices used with an inhaler are an effective onboard alternative.

Fractures: All new long bone fractures and full leg casts (cast must be at least 48hrs old) require a medical certificate. Plasters should be split for fresh injuries (48hrs or less), which could swell inside the cast on a long flight. Extra legroom for leg elevation is not possible in economy class; however an aisle seat can be reserved. Please state whether the injury is left or right.

Lung or Heart Disease: Cardiopulmonary disease which causes dyspnoea on walking more than 100m on the flat, or has required oxygen in hospital or at home (or in-flight previously) may require supplementary oxygen. The aircraft oxygen is for emergency use only. Serious **cardiopulmonary** cases as well as those requesting continuous oxygen, stretcher, or incubator should **enclose a recent detailed medical report** with the medical certificate. (A copy of a specialist or hospital referral would generally be sufficient).

Physical Disabilities: There is no need for this form if you simply require a wheelchair as far as the aircraft door; the travel agent can indicate this on the reservation if you wish. Note: Civil Aviation Rules require all passengers to be able to use the aircraft seat with the seatback in the upright position.

Special Meals: Special diets for religious or other medical reasons can be ordered direct from your travel agent without using this form. If you have a food allergy please see the section on "allergies" above.

Terminal Illness: Passengers in the advanced stages of terminal illness will normally require a medical or nursing escort.

In-flight care: EMIRATES do not provide **nursing attendants** for invalid passengers. Cabin crew are trained in First Aid only.

Escorts: should ensure that they have all appropriate items for the proper care of their patient, and are responsible for attending to all aspects of their patient's bodily needs. Due to food handling regulations, Cabin Staff cannot assist with these needs.

Processing MEDIFs

- The MEDIF should be completed based on passenger's (patient's) condition **within one month** from the date of commencement of air travel and submitted at least 48 hours before travel is due to commence. Please be advised that Emirates Medical Services may request further information or clarification prior to approval of the MEDIF. EMIRATES must be notified immediately of any **change in the patient's condition** PRIOR to travel.

医療機器を持ち込みされるお客様

航空輸送の可否について確認させていただいております。バッテリーの種類を事前にお知らせください。

サポート内容のご案内

設備・施設のご案内

その他のご案内

日本国内線

国際線

「日本国内線」「国際線」アイコンの記載がある項目は、日本国内線と国際線で内容が異なります。アイコンの記載がない項目は、日本国内線と国際線で同様の内容となります。

ご予約時

ご搭乗時

ご到着時

ご予約時

ご利用の医療機器について医療機器名・メーカー名・製品名・型番・サイズ・バッテリーの種類などを「ANAおからだの不自由な方の相談デスク」までお知らせください。

機内で一部の医療用電子機器のご利用が可能です。電動式の医療機器には作動時に電波を発信するものやバッテリーが危険物に該当するものなどがございますので、機内へお持ち込み、ご使用いただけるものかを確認しております。また、お知らせいただく際には、「[医療機器用シート](#)（PDFファイル）」もご利用ください。

なお、当日空港にて改めて確認をさせていただく場合がございます。

酸素濃縮器（POC）、人工呼吸器をお持ち込みになるお客様は、[ANA所定の診断書](#)の提出が必要です。

前の座席の下などに収納できないサイズの医療機器を持ち込まれる場合は、別途座席を購入していただく必要がございます。機内持ち込み手荷物のサイズなどについては「[手荷物について～機内持ち込み手荷物](#)（[日本国内線](#) / [国際線](#)）」をご覧ください。

※AED等、ハサミがセットされているものの場合、ハサミは機内にはお持ち込みいただけません。

なお、以下は、危険物に該当しないため事前にご連絡いただく必要はありません。

- インシュリン注射・エピペンなどの自己使用注射器（針）を持ち込み、使用される場合
- 心臓ペースメーカーを装着されているかたやおからだに金属製の固定具が入っている場合
- 人工肛門（ストーマ）を装着されている場合
- 体温計やパルスオキシメーターなどの乾電池・ボタン電池で動作する機器を使用される場合



バッテリーのご用意について

ご自身でバッテリーをご用意ください。種類と容量によっては機内での使用やお預かりができない場合がありますので、事前にお知らせください。

機内シート電源は、安定的な電源供給はできかねるため、お客様の健康に影響がでる可能性がある医療機器にはご利用いただけません。

なお、酸素濃縮器（POC）および人工呼吸器作動用のバッテリーは、ご搭乗時間の150%をお持ちいただくようお願いいたします。

座席指定について

安全上の理由により、非常口座席にはお座りいただけません。

※機材変更、その他やむを得ない理由により、予告なしに座席が変更になる場合がございます。

※日本国内線ではWeb等で事前座席指定をご利用いただけない運賃が一部ございます。

コードシェア便について

ANA便名で提携航空会社が運航するコードシェア便については、運航会社の規定が適用されます。ANAグループとはお手伝い内容が異なりますので、詳しくは各運航会社にお問い合わせください。

国際線

酸素濃縮器(POC)、人工呼吸器をお持ちの場合、ANA運航便をANA便名でご予約いただく必要がございます。

ご搭乗時

出発当日はお早めに空港へお越しください。

空港でのお手続き時間の目安

事前にご申告いただいた医療機器に関しましても、当日カウンターや保安検査場にて医療機器の確認をさせていただく場合があります。

日本国内線

出発時刻60分前

国際線

出発時刻120分前

事前改札サービス

「事前改札サービス」をご利用頂けます。

ご希望のお客様は搭乗口係員までお知らせください。機内準備が整い次第、初めにご案内いたします。なお、運航状況により実施できない場合がございます。

ご到着時

降機に際しお手伝いを希望されたお客様は、係員がお手伝いに何うまでお待ちください。到着ロビーやお出迎えの方まで、係員がご案内いたします。ご予約時もしくはANAおからだの不自由な方の相談デスクへ、事前にお申し付けください。



医療用電子機器を機内に持ち込まれるお客様へ

ANAおからの不自由な方の相談
デスク
TEL: 0120-029-377/0570-029-377
03-6741-8900
FAX: 0120-029-366/03-6741-8710

医療用電子機器には作動時に電波を発信するものやバッテリーが危険物に該当するものなど、機内にお持ち込みできないものや使用できないものがございますので、事前に機器名・メーカー名・製品名・型番・バッテリーの種類・サイズなどを「ANAおからの不自由な方の相談デスク」にお知らせください。機内に持ち込みできるものかなど案内させていただきます。

必要事項の確認にはこちらのシートをお役立てください。
ご記入された当シートを「ANAおからの不自由な方の相談デスク」にファックス後お知らせいただければ、ご使用になりたい医療機器の使用可否をご案内いたします。

お客様の医療機器についてご記入ください。

機器名 (例) 吸引器	
メーカー名 (例) ____ 会社	
製品名 (例) ____ メーター	
型番 (例) AB-typC	
バッテリー	【ドライタイプ バッテリー】 該当のものにチェック、およびカッコ内に必要事項をご記入ください。 <input type="checkbox"/> リチウムイオン (Wh/※160Whまで) <input type="checkbox"/> リチウム (g/※8gまで) 「Li-ion, Lithium-ion battery」 「Li, Lithium battery」
	<input type="checkbox"/> ニッケル水素 <input type="checkbox"/> ニッカド <input type="checkbox"/> その他電池 () 「Ni-MH」 「Ni-CD」
	【ウエットタイプ バッテリー】 該当のものにチェックしてください。 <input type="checkbox"/> シールド バッテリー <input type="checkbox"/> ノンシールド バッテリー 「non-spillable battery」 「spillable battery」
サイズ/重量	奥行き × 横幅 × 高さ / 重さ (cm) (cm) (cm) / (kg)

(フリガナ)	
ご使用者氏名	
連絡先	電話番号
	FAX番号
ご搭乗日/便名	搭乗日①: 月 日 / 便 搭乗日②: 月 日 / 便
	搭乗日③: 月 日 / 便 搭乗日④: 月 日 / 便

<注意事項>

- ・酸素ボンベ、酸素濃縮器(POC、Respironics)、人工呼吸器、保育器などを使用されるお客様は医師の診断書が必要です。
 - ・機内のシート電源は安定的な電源供給をお約束できませんことから、お客様の健康に影響がでる可能性がある医療機器にはご利用いただけませんので、バッテリーをご用意ください。
 - ・酸素濃縮器(POC)および人工呼吸器作動用のバッテリーは、ご搭乗時間の150%をお持ちいただくようお願いいたします。
 - ・前の座席の下などに収納できないサイズの医療機器を持ち込まれる場合は、別途座席を購入していただく必要がございます。
 - ・持ち込み可能な予備バッテリーについて
リチウム電池…リチウム含有量8g以下のもの。リチウム含有量2g以下のものは個数制限はありません。
リチウムイオン電池…ワット時定格量160Wh以下のもの。ワット時定格量100Wh以下のものは個数制限はありません。
- 詳しくは「ANAおからの不自由な方の相談デスク」にお問い合わせください。



<診断書の主な記入内容>

①診断名

②発症日・事故日(※)

※既往歴の扱いは？

③初診日

④治療見込み期間

⑤検査・処置の内容(※)

⑥処方

<入院の場合の追加情報>

⑦退院の見込み期間