

航空輸送のための医師所見書 (POC)

医師の所見

済州航空の飛行中に携帯用酸素濃縮器(POC)として使用します。

医師の所見

予約された航空機の出発48時間前に済州航空の顧客センターへの受付が必要であり、出発日から7日以内に発行する必要があります。
もし、健康状態に変化があったり、POCの使用上に変更事項がある場合には、主治医により再作成が必要です。作成された書式は航空旅行中所持して頂き、従業員から要望があった際にご提示してください。

携帯用酸素濃縮器 (POC)

米国連邦航空規定 (14 CFR Part121) に明示された米国連邦航空庁 (FAA) に記載されている米国連邦航空庁 (FAA) の承認基準を満たす機器に限り、飛行中の使用が許可され、FAA承認されたモデル名は当社のホームページで確認可能です(www.jejuair.net)。機器の正常動作やバッテリーの準備などに問題がある場合、これに対する責任は乗客にあり、バッテリーを含む機器は機内携帯手荷物として搭載され、受託手荷物としては処理できません。
(携帯用酸素濃縮器とバッテリーは、規定された携帯手荷物の重量と数から除外されます)

バッテリー

最大飛行時間の150%以上使用できるように準備し、外部の損傷や電気ショートを防ぐ為に別々に梱包して保管してください。

書式に主治医に作成して頂いてください。

※ 機内気圧は地上8,000ftの気圧に相当し、地上比酸素分布が25～30%低いことを参考にしてください。

乗搭乗者名：

生年月日：

健康状態

1. 診断名: _____ 発症日: _____
2. 本人は上記乗客を診療しており、
乗客の現在の健康状態は航空旅行が可能です。 ☐ はい ☐ いいえ
3. 最近1ヶ月以内の健康状態の悪化の有無
もし「有」なら、具体的に _____ ☐ 有 ☐ 無
4. POC以外航空旅行のために所持しなければならない医療機器の有無
もし「有」なら、具体的に _____ ☐ 有 ☐ 無

携帯用酸素濃縮器 (Portable Oxygen Concentrator、POC) の使用

1. 現在地上での使用有無
使用する場合、
☐ Continuous ☐ Intermittent, _____ (LPM/Pulse) ☐ 有____年間 ☐ 無
2. 以前の航空旅行中の使用経験の有無
もしあれば、問題や症状が悪化したことがありますか？ ☐ 有____年間 ☐ 無
3. 使用者が機器の音/光などの警告に応じて適切な措置を取れますか？ 不可の場合、乗客は警告応答に適切な措置がとれる保護者を同伴する必要があります。 ☐ 有 ☐ 無
4. 航空旅行時の使用計画
- POC Model: _____
- POC Setting: ☐ Pulse Flow mode, _____ setting ☐ Continuous Flow Mode, _____ LPM
- POC 使用: **In flight** ☐ Continuous ☐ Intermittent
On ground ☐ Continuous ☐ Intermittent

医者名: _____ 所属: _____

電話番号: _____ E-mail: _____

作成日: _____ 医者署名: _____