



お客様各位

拝啓

ご予約の際、ご提供いただいた情報により、お客様はこちらのトラベルクリアランスガイドラインをお読みいただき、ご検討いただく必要があると判断されました。トラベルクリアランスガイドラインをお読みいただいた上で適切であると判断されたお客様は、ご自身の費用負担にて、主治医様に、トラベルクリアランスフォームの記入をご依頼ください。

トラベルクリアランスフォームの目的は、主治医様のご協力の下に、お客様が安全にご旅行できることを、当社が確認するためです。

記入済みのトラベルクリアランスフォームは、ご搭乗当日に、チェックインカウンターにてご提出ください。ご提出いただけない場合、当社はおお客様のご搭乗をお断りすることがあります。

主治医様に当社トラベルクリアランスフォームの記入を依頼することに伴い、お客様は医師の職業上の守秘義務を免除することになります。当社は、トラベルクリアランスフォームの内容を、当該予約に関係するすべての航空会社に開示することになります。ただし当社は、法令または官公署の要求に従うために必要な場合を除き、トラベルクリアランスフォームの内容を、お客様の許可を得ることなく、第三者に開示することはありません。

他の航空会社（ジェットスター航空、ジェットスター・アジア航空を含む）との乗り継ぎ便をご利用のお客様は、jetstar.comの「ご搭乗時の健康に関して」ページに記載されている注意事項に従っていただく必要があります。当社のメディカルクリアランス（医学的搭乗許可）手順は、他のジェットスターグループ航空会社のものと異なります。

トラベルクリアランスフォームについて、またお客様のトラベルクリアランス全般についてご質問がございましたら、当社(0570 550 538)までお問い合わせください。

敬具

ジェットスター・ジャパン株式会社



お医者様へ

拝啓

貴殿の患者様は、ジェットスター・ジャパン便またはジェットスター・ジャパン便を含む乗り継ぎ便を利用した旅行を希望しておられます。

患者様からご予約の際、ご提供いただいた情報により、当社は、貴殿に別紙トラベルクリアランスフォームにご記入いただき、必要であれば、患者様が予定の旅行に適した健康状態であることを証明していただくことが必要であると判断いたしました。この評価は、患者様の費用負担により行っていただくこととなります。

別紙トラベルクリアランスガイドラインは、飛行中に搭乗者が置かれる特殊な状態、ならびに当社が航空旅行に対して課しているさまざまな制限について説明しています。また、患者様が航空旅行に適していることを証明していただくにあたり、貴殿にご検討いただきたい特定の病状についてもリストアップしております。このトラベルクリアランスガイドラインをよくお読みいただいた上で、トラベルクリアランスフォームにご記入いただきますようお願い申し上げます。

トラベルクリアランスフォームの記入が完了しましたら、患者様にお渡してください。

敬具

ジェットスター・ジャパン株式会社



## ジェットスター・ジャパン トラベルクリアランス要件

航空旅行においては、健康上の問題をお持ちのお客様に、安全で快適なご旅行をしていただくために、考慮しなければならない特有の事項があります。

お客様および主治医様が考慮すべき主要事項は下記のとおりです。

**酸素:** 航空機内は最高で高度8,000フィート(約2,400メートル)と同レベルになるよう与圧されていますが、呼吸のための酸素量は減少します。健康な方ならこの高度でも問題はありませんが、貧血や心臓・肺疾患をお持ちの方にはリスクがあり、酸素補給を行うか、または病状が改善されるまでご旅行を延期いただくことが必要となります。重篤あるいは複雑な症例は、飛行中の安全を確保するために、高度シミュレーション実験が必要な場合があります。(現在、ジェットスター・ジャパンでは酸素ボンベの持ち込みを受け付けておりません)

**先進的医療:** 航空機内は閉鎖された環境であり、航路によっては、長時間にわたり先進的医療を受けられないこともあります。ジェットスター・ジャパンの客室乗務員は応急処置の訓練を受けており、機内にはドクターズキットを積んでいますが、機内で複雑な診断や治療を行うことはできません。飛行中に重篤な疾患や合併症に陥る危険性がある方は、ご旅行の延期をご検討いただく必要があります。

お客様および主治医様への詳細なガイダンスを下記に記載しております。このガイドラインを作成するにあたり、ジェットスター・ジャパンは「IATA Medical Manual (IATA医療マニュアル)」を考慮し、各分野の専門家に指導を仰ぎました。



## ジェットスター・ジャパン トラベルクリアランスガイドライン

診断名／病状	搭乗不適	ジェットスター・ ジャパン トラベル クリアランスフォームを 必要とするもの (主治医の許可があれば、 搭乗可能な場合が多い)	主治医様向け注解
<b>心臓、循環器、血液系</b>			
狭心症	不安定狭心症	治療および処置より14日以内	病状が安定しており、安静時狭心症でないこと
心筋梗塞	7日以内	治療および処置より8～21日以内	病状が安定していること
心不全	コントロールされていない心不全	コントロールされており、病状が安定している心不全	ボーダーラインの場合、医療用酸素が必要になる可能性がある
重篤な不整脈	7日以内	8～21日以内	治療を必要としない不整脈は含まず
ペースメーカー挿入	24時間	7日以内	
血管造影(心臓-冠状動脈造影)	24時間未満	21日以内	
ステントを使用、あるいは使用しない血管形成術	2日以内	21日以内	
心臓手術	9日以内	10～21日 (CABGおよび心臓弁手術)	
下肢の静脈血栓症	活動性の場合	抗凝固薬を服用している	経口抗凝固薬を服用し、安定している
DVT／肺塞栓またはDVTの危険あり	発症から4日以内	5～21日	抗凝固薬で安定しており、室温でPAO2正常
貧血	Hbが8.5 g/dl未満	慢性	急性貧血の場合、最後の出血が止まってから24時間以上経過した後に、Hbレベルを評価
鎌状赤血球症	9日以内に鎌状赤血球クリーゼ	10日以上	常に酸素の補給が必要
<b>呼吸器系</b>			
気胸／血気胸	完全拡張後、7日以内	完全拡張後8～21日	胸部X線で、胸腔内に空気が溜まっていないこと
胸部手術	14日以内	15～28日、症状や合併症が出ている	例: 肺葉切除術、胸膜切除術、開胸肺生検
肺炎	急性で、症状を伴う	消失から7日以内-合併症ありまたは症状が持続している	完全に消失しているか、X線で徴候が持続している場合には症状が無いこと

診断名／病状	搭乗不適	ジェットスター・ ジャパン トラベル クリアランスフォームを 必要とするもの (主治医の許可があれば、 搭乗可能な場合が多い)	主治医様向け注解
COPD／肺気腫／肺 線維症／胸水／血胸 など	酸素補給しても、地上 でチアノーゼが出ている。 最近増悪し消失し ていない。	不安定であるか、運動 耐容能が50メートル未 満。最近増悪した(7 日)	飛行中酸素補給が必要になる可能性 あり
喘息	48時間以内に重篤な 発作	48時間以内に重篤な 発作または入院	安定しており、薬を携帯していること
<b>神経系</b>			
TIA(一過性脳虚血発 作)	2日以内	3～7日	安定していること
脳卒中	3日以内	4～14日	自分で身の回りのことができる、また は付添／介護者が必要
大発作／てんかん	24時間未満または不 安定	最後の発作から7日以 内	
頭蓋の外科手術	9日以内	10～21日	頭蓋に空気がないこと
<b>消化管系</b>			
消化管の出血	出血後、24時間未満	出血後、14日まで	内視鏡検査など明確な証拠により、 Hbが上昇し続け出血が止まっている こと Hb値が航空旅行に十分なレベルである こと
腹部の大手術	10日以内	11～14日または合併 症が持続している	例：腸の一部切除術、開腹子宮摘出 術、腎臓手術
腹膜透析		クリアランスが必要	
虫垂切除術	4日以内	合併症がある場合の み	
腹腔鏡手術	4日以内	合併症がある場合の み	例：胆嚢摘出術、卵管手術。ガスがす べて吸収されていること
腹腔鏡検査	24時間未満	1～4日以内	ガスがすべて吸収されていること
<b>耳鼻咽喉系</b>			
中耳炎および副鼻腔 炎	急性または耳管機能 の喪失を伴う		耳抜きができること
中耳の手術	9日以内	10～14日	耳抜きができること
扁桃摘出術	6日以内	合併症がある場合の み	
あごのワイヤー固定	単独で旅行する場合	ワイヤー固定されてい る	ワイヤカッターを携帯し、付添／介護 者を同伴すること

診断名／病状	搭乗不適	ジェットスター・ ジャパン トラベル クリアランスフォームを 必要とするもの (主治医の許可があれば、 搭乗可能な場合が多い)	主治医様向け注解
<b>精神系</b>			
急性精神障害(例:躁病、統合失調症、薬物誘発性)	不安定の場合	不安定な発作または入院から14日以内	7日間、安定である場合。医学的訓練を受けた適切な付添／介護者を同伴すれば、搭乗が許可される
<b>眼系</b>			
穿通性眼外傷	6日以内	7～14日	眼球内のガスがすべて再吸収されていること
白内障手術	24時間未満	1～3日	
角膜レーザー手術	24時間未満	1～3日	
<b>妊婦および新生児</b>			
妊婦 4時間以上のフライト	単胎妊娠 －37週から 多胎妊娠 －33週から	合併症を伴う妊娠はすべてメディカルクリアランスが必要	陣痛の可能性が最小であること 注:妊娠36週以降(国際線においては29週以降)の妊婦はすべて、出産予定日、単胎・多胎の別、合併症がないことを記載した医師または助産婦の証明書を常時携帯すること
妊婦 4時間未満のフライト	単胎妊娠 －41週から 多胎妊娠 －37週から		
流産(切迫流産または完全流産)	活動性出血を伴う	出血から7日以内	安定しており、24時間以上出血や痛みがないこと
新生児	48時間未満	3～7日または合併症もしくは早産の既往歴がある	呼吸器系が十分に発達していない場合、低酸素症のリスクがある
<b>外傷</b>			
フルギプス	48時間以内の場合、分割する必要あり		
やけど	まだショック状態にある、または広範な感染症があるもしくは体表面積全体の20%を超える部分がやけどをしている	右記に該当するやけどまたは外科的処置から7日以内	医学的に安定した状態にあり他の点で良好な状態であること
<b>その他</b>			
末期疾患	飛行中に死亡する恐れがある	すべて	病状によってはストレッチャー、付添／介護者、酸素が必要になる可能性がある。飛行中に死亡する恐れがあるお客様はお引き受けできません。



診断名／病状	搭乗不適	ジェットスター・ ジャパン トラベル クリアランスフォームを 必要とするもの (主治医の許可があれば、 搭乗可能な場合が多い)	主治医様向け注解
感染症	「感染症」のガイドラインを参照	「感染症」のガイドラインを参照	感染性がないこと
スキューバダイビング	ダイビング後、24時間以内でないこと	最近の減圧症の既往歴がなければ、24時間以降は不要	
減圧症(潜水病)	潜水病の場合は3日神経症状のある場合は7日	治療を完了してから10日以内の全症例	
アレルギー／過敏症 (重篤で、生死に関わるようなアレルギー反応)	機内でアレルギー反応を起こす危険性が低いこと。ジェットスター・ジャパンはアレルギー源のない機内環境や食品を保証することができません。EpiPen®などの自己注射器具を携帯するお客様は、必ず機内持込手荷物の中に入れ、付添／介護者／同伴者が必要に応じて投与を行えるようにしていただく必要があります。		
酸素補充	航空機は40,000フィート(約12,000メートル)の高さに達することがありますが、一般的に機内の気圧は高度6,000から8,000フィート(約1,800から2,400メートル)相当に保たれています。このことにより、酸素濃度は15%の酸素量の大気と同等となります。酸素解離曲線の特性により、大半のお客様は問題なく、この分圧に耐えることができます。しかしながら、呼吸器系や心臓に障害をお持ちのお客様は、酸素補充が必要になることがあります。患者様が飛行中に酸素補充を必要とする場合には、ジェットスター・ジャパン・コールセンターまでご連絡いただき、トラベルクリアランス要件についてご相談ください。		
プラグイン式医療機器	ジェットスター・ジャパンの航空機内では、プラグイン式の医療機器をご利用いただくことはできません。		

診断名／病状	搭乗不適	ジェットスター・ ジャパン トラベル クリアランスフォームを 必要とするもの (主治医の許可があれば、 搭乗可能な場合が多い)	主治医様向け注解
<b>感染症</b>			
水痘／水ぼうそう(帯 状疱疹を含む)	活動性の水疱がある	不確かな場合	すべての水疱が痂皮化している(かさ ぶたになっている)こと
結膜炎(細菌性)	眼からまだ膿が出て おり、抗生物質を投与 しても改善しない	不確かな場合	適切な抗生物質点眼薬／軟膏で治療 し、反応があること
風疹(三日ばしか)	発疹の発症から5日 以内	5日過ぎても発疹が持 続している場合	
膿痂疹(とびひ)	未治療であるか水疱 が保護されていない 場合	不確かな場合	適切な治療を受けるか、耐水性の包 帯で保護しない限り旅行は避けたほう が良い
インフルエンザ	症状がある場合(例: 熱、咳、疼痛)	不確かな場合	明らかなインフルエンザ／体調不良の 徴候がある場合、旅行は不適切
麻疹(はしか)	発疹の発症から7日 以内	7日過ぎても発疹が持 続している場合	
流行性耳下腺炎(お たふくかぜ)	腫れが出てから9日以 内	9日過ぎても腫れがひ かないまたは体調不 良の場合	
疥癬	未治療または治療開 始から1日以内	疥癬の治療中である 場合	治療開始の翌日まで、旅行は不適切
結核	感染性の場合	結核はすべての症例 において、「トラベルク リアランスフォーム」の 記入が <b>必須</b> となりま す。結核の方は、主治 医様によって感染性で ないことが確認される まで旅行は許可されま せん。	
百日咳	特有の痙攣性咳発作 の発症から3週間以 内(未治療の場合)ま たは有効な抗生物質 療法開始から5日以 内	有効な抗生物質療法 を、5日を超えて継続 中である場合	有効な抗生物質療法を開始してから5 日以降であれば旅行は可能





## ジェットスター・ジャパン トラベルクリアランスフォーム

搭乗者の詳細				
氏名 <small>ローマ字記載</small>		男性 / 女性	年齢	歳
住所		電話番号		
旅程 (必ずご記載ください)			予約番号	
便名: GK	搭乗日: _____ 年 月 日	出発地 _____	到着地 _____	
便名: GK	搭乗日: _____ 年 月 日	出発地 _____	到着地 _____	
便名: GK	搭乗日: _____ 年 月 日	出発地 _____	到着地 _____	
便名: GK	搭乗日: _____ 年 月 日	出発地 _____	到着地 _____	
診断内容 (医師による記入) <small>トラベルクリアランスガイドラインを慎重にご検討いただいた上で、この書式に記入してください。</small>				
診断(病名)				
病状は消失していますか。 はい / いいえ				
症状などの詳細				
症状の始まった日	_____ 年 月 日	手術をした日	_____ 年 月 日	
要件 (必要な項目をチェックしてください)				
1. 航空機のドア/座席まで車椅子が必要ですか?		いいえ	ドアまで	座席まで
2. 機内での食事、投薬(医療機器の操作を含む)、トイレなどを補助するために付添が必要ですか?		はい		いいえ
3. 医学的に訓練を受けた付添が必要ですか?		はい		いいえ
4. 付添者の氏名 _____	付添者の資格 _____			
5. 妊娠をしていますか?(女性の場合) 妊娠 _____ 週 日 (搭乗日)		はい		いいえ
出産予定日: _____ 年 月 日	単胎妊娠 / 多胎妊娠	合併症: 有 / 無		
医師情報				
氏名		資格		
医療機関名		電話番号		
住所		FAX 番号		
私はトラベルクリアランスガイドラインを読み把握した上で、上記の搭乗者が予定のフライトに搭乗するのに適していることを証明します。私はさらに、この搭乗者が、他の搭乗者や乗務員を直接的に危険にさらしたり、関連の検疫部門または公衆衛生部門の規則に反する伝染性の疾患を持っていないことを証明します。				
署名: _____ 日付: _____ 年 月 日				
<small>ジェットスター・ジャパンは、搭乗者の病状が飛行中に悪化したり、搭乗者の介助に要したレベルが通常運航を妨げたりした場合、搭乗を許可した医師に通知させていただくことがあります。</small>				