Austrian

注１※ こちらは英語本書の日本語対訳となります。
この日本語対訳をご参考になり、ご記入は英語本書へ全て英語かドイツ語にてお願いいたします。
注2 ※ 日本在住のお客様は、ご記入後の英語本書をオーストリア航空日本支社へ FAX にてご送付ください。
FAX：(03)6402-9051 オーストリア航空日本支社

診　断　書 Incapacitated Passengers Handling Advice

Part 1(INCAD) / **以下の全ての欄にご記入願いします。選択事項は該当欄に(X) 印をご記入になり、英語本書へのご記入は、全て「大文字」をご使用ください。注２※ご記入後の用紙をオーストリア航空グループ・メディカルデスクまでお送り下さい。**
Austrian Airlines Group Medical Desk, E-mail: specialcases@austrian.com, Fax: +43 (0)5-1766-51043

A
旅客氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　敬称（例: Mr. Ms. Dr. Prof.など）＿＿＿＿
住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　電話番号(日本の国番号+81 から記入)

B
搭乗予定便　ご注意：お乗り継ぎに際し、通常より長めのお乗り継ぎ時間を要する場合があります。
便名＿＿＿＿　出発地＿＿＿＿　到着地＿＿＿＿　日付＿＿＿＿
便名＿＿＿＿　出発地＿＿＿＿　到着地＿＿＿＿　日付＿＿＿＿

C
必要な介助
メディカルクリアランスが必要
☐ いいえ　☐ はい

D
機内でストレッチャー（簡易ベッド）の手配が必要ですか？　☐ いいえ　☐ はい
ストレッチャーが必要な場合は、全て付添い人が必要です。特別料金が掛かります。

E
付添の必要な方
（目、耳がご不自由な方、介護犬）
☐ いいえ
☐ はい–医療従事者によって　氏名＿＿＿＿
☐ はい–付き添いとして適した方によって　氏名＿＿＿＿

F
車椅子リクエスト
☐WCHR–階段の上り下りは出来る
☐WCHS–階段の上り下りは出来ない
☐WCHC–歩行できない
☐お客様ご自身の車椅子を利用　☐ 折りたたみ式　☐ 電動式
ご注意：オーストリア航空グループでは、漏電性のない電池使用の車椅子のみチェックインバッグとしてお預けになれます。漏電性電池使用の車椅子は貨物扱いのみでのお預けとなります。

G
最終目的地にて入院する必要がありますか？
☐ はい – 病院名、住所＿＿＿＿
☐ いいえ – 自宅住所＿＿＿＿

H
空港でのその他の手配は必要ですか？
予約済みの介助＿＿＿＿

K
機内における特別な手配は必要ですか。
☐特殊医療器具　（特殊医療器具の使用 – 酸素、点滴、ストレッチャーなど – については、医師による PART2 の記入が必要になります。）
☐足置き　（ボーイング 777 又はボーイング 767 のビジネスクラスのみ利用可）
☐足サポート　（お怪我をされている足を置くための追加席を購入する必要があります。）
☐座席の追加
☐特別な座席予約
☐特別食＿＿＿＿

お客様同意書（旅行の手配に際し、ご一読の上ご署名下さい。）
私はこの方が旅行されることを認可いたします。

病院名　／　医師名＿＿＿＿
私は、私の健康状態が航空運送に適するがどうかを判断するためにオーストリア航空株式会社医療部が必要とする情報を提供することに同意します。
また、これに伴い、私はその情報に関して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、私の負担とすることに同意します。

私は、私の運送が引き受けられた場合には、オーストリア航空株式会社が定める運送約款及び規則が適用になり、費用についても定められた費用が適用になること、またオーストリア航空株式会社が、その運送約款及び規則を超えた責任を負わないことを承認します。
私は、航空輸送により起こりうる健康状態のリスクに対し、私自身で準備し、オーストリア航空株式会社や従業員、介助者、旅行代理店に対して責任を追及しません。私は、オーストリア航空株式会社に発生した特別な費用について、その請求に応じ、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）＿＿＿＿

Translated Copy