

医療用電子機器を機内に持ち込まれるお客様へ

送信者氏名	
連絡先電話番号	

ファックス受信後、お電話にて確認のご連絡をいたします。

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おからだ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おからだの不自由な方の相談デスク」にファックスまたはメールにて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>

- ・酸素ポンプ、酸素濃縮器(POC)、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おからだの不自由な方の相談デスク」にお問い合わせください。