

임신부의 항공여행을 위한 의사 소견서

임신부의 안전한 항공여행을 위하여 산부인과 담당의가 작성하여 주시기 바랍니다.

동 양식은 항공전문의사에 의해 검토되며, 필요시 추가 정보 확인을 위해 주치의에게 연락할 수 있습니다.

작성된 정보는 승객의 항공여행 적합여부를 판단하기 위해서 수집, 활용됩니다.

정보제공에 대한 동의를 거부할 권리가 있으나, 부정확한 정보 제공 시 안전한 항공여행 적합 여부 결정이 어려울 수 있습니다.

1. 임신부 인적 사항 및 여행 관련 정보	
성명	
나이	
항공기 탑승 예정일	

2. 분만력	
과거 분만 경험	<input type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유 (_____ 회)
조기 분만 경험	<input type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유

3. 현재 임신 관련 정보	
현재 임신 주수	주 일
다태 임신 여부	<input type="checkbox"/> 단태 <input type="checkbox"/> 다태 (태아 수 : _____ 명)
출산 예정일	년 월 일
임신관련 합병증 (특히, 조기 양막 파열, 전치 태반, 조기 진통 등)	<input type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유 (_____)
항공여행에 대한 소견 (출발일로부터 7일 이내의 왕복 포함)	<input type="checkbox"/> 가능 <input type="checkbox"/> 불가능 <input type="checkbox"/> 왕복 여정 전 진료 필요

4. 기타 조연 사항

작성 일자 :

의료기관명 :

면허 번호 :

의사 성명 :

(서명)