

## 「健康診断」の実施について

「健康診断書」を用いて受診し、期日までにご提出ください。医療機関によっては検査結果を得るまでに時間を要する場合がありますので、速やかに受診してください。

### 1. 提出および受診について

■提出締切日： 2019年9月30日(月)(必着)

■有効日： 2019年2月21日(木)以降に受診したもの

■提出物： ① 健康診断書(JICA 指定書式 2019年募集用)  
※別様式では受理できません。2019年2月21日(木)以降に受診したものを JICA 指定の書式に転記し、ご提出ください。

② 医療機関の領収書及び明細書(いずれも原本)  
※詳細は、「健康診断料の補助申請について」をご確認ください。

提出いただいた健康診断結果について、健康診断書提出後、再検査等の指示が出る場合があります。合否発表日までに判定できない可能性もありますので、迅速な対応をお願いします。

■提出先：  
〒108-6102  
東京都港区港南 2-15-2 品川インターシティ B 棟 2 階  
品川イーストクリニック  
JICA 海外協力隊 健康審査係

※レターパックでの受取も可能です(電話番号：03-5843-4313)。

■問い合わせ先：  
(E-Mail) [jytov@jica.go.jp](mailto:jytov@jica.go.jp) (JICA 青年海外協力隊事務局 課題業務・選考課宛)  
(件名) 【2019年秋募集 健康診断について】

### 2. 注意事項

- JICA 指定の健康診断書(2019年秋募集用)を必ずご使用ください。他の書式は受け付けておりません。
- 受験番号欄にはプレエントリー番号を記載してください。プレエントリー番号はウェブ応募システムのマイページの上部に記載されています。
- 指定の健康診断書の全項目がもれなく記入されているか、提出前に必ずご自身で確認してください。厳封された健康診断書は開封し、検査漏れ等ないか、必ずご確認ください。未記入

項目があると、審査対象外となり不合格になる場合があります。

- 健康診断書一式は必ず提出前にコピーをとり、各自保管してください。合格後、健康診断書に基づき、健康状態をご確認いただき、各自で健康管理を行っていただきます。ご提出後は返却できません。また、問い合わせにも対応いたしかねますので、何卒ご了承ください。
- 自筆は無効です。また、医療機関名、医師の氏名(署名)のないものは受理できません。
- 女性の方は、月経日および月経直後を避けて尿検査を実施してください。
- 裸眼視力測定は必須です。コンタクトレンズ使用者は裸眼測定の準備をし、健診を受診ください。
- 受診前日は飲酒や激しい運動を避け、夜 10 時以降は食事を取らないでください。
- 受診当日の朝は絶飲食とし、午前中に診察を受けてください。空腹血糖値等に影響します。
- 喫煙者は、受診当日は禁煙してください。喫煙は、血圧等に影響します。

### 3. 海外受験者の方へ

- 海外で受診される場合は、検査値の単位や基準が明記されている検査結果のコピーを必ず同封してください。提出がない場合は、適正な判断ができず不合格となる場合があります。
- 日本語又は英語で記入してください。それ以外の言語で記入されたものは受け付けません。漏れがないか、ご自身でもよくご確認ください。

### 4. 健康診断料の補助について

健康診断書を提出した方に対し、健康診断料として 5,000 円を上限に補助します(5,000 円未満は実費を補助します)。「健康診断料の補助申請について」をご確認ください。

#### 【個人情報の取り扱いについて】

提出していただいた健康に係る書類は、合格され派遣が決定した場合には、JICA 国際協力人材部健康管理課、青年海外協力隊訓練所診療室、派遣国在外事務所、ならびに国際協力共済会と情報共有します。また、必要に応じて、海外旅行保険会社とも情報を共有する場合があります。なお、健康判定に係る書類は帰国後 5 年間保管いたします。

登録及び不合格となった場合は、応募書類として 3 年間は保管させていただき、再応募の際に参考にさせていただきます。

※応募者の方へ  
本用紙を医療機関へ持参してください。

<医療機関 ご担当者様>

## 健康診断書作成についてのお願い

問い合わせ先：jytov@jica.go.jp

(JICA 青年海外協力隊事務局 課題業務・選考課)

この健康診断書は、開発途上国で協力活動に従事する JICA 海外協力隊の選考のためのものです。開発途上国の多くは日本と異なり、生活環境が厳しい上、衛生状態や医療事情も悪く、なかにはマラリアなどの風土病の流行地も含まれています。赴任前には、数種の予防接種を受ける必要もあり、このような劣悪な環境での生活の適否を判断する上で必要となりますので、下記の事項をご一読いただき、ご協力くださいますようお願いいたします。

### 記

1. すべての検査項目を実施して、もれなく記入してください。

※未記入項目があると判定できず、書類不備のため不合格になる場合があります。

2. 記入の際には、黒または青のボールペンでご記入ください。

3. 書き損じた場合は、修正液や修正テープを使わず、二重線を引き、訂正箇所に印鑑を押してください。

4. 矯正の有無に関わらず、裸眼視力は必須です。メガネ、コンタクト等使用の方は矯正視力も測定ください。裸眼視力が 0.1 未満で、正確な視力が測定できない場合は、「0.1 未満」と記入し、必ず空欄を埋めるようにしてください。

5. 胸部レントゲンは直接撮影で行ってください。

6. 検査値の単位にご注意ください。必ず用紙の単位に合わせて数値をご記入ください。

7. 心電図に異常や所見がある場合は、心電図結果（コピー可）を添付してください。

8. 健康診断書の診察医判定欄には純粹に総合所見のみをご記入ください。（派遣の可否について記載されるケースが散見されますが、派遣の可否は現地の状況に照らし合わせた上、当方で判断させていただきます。）

※これは、海外医療機関宛の文書です。健康診断を受診する医療機関の医師に読んでいただきたい内容が記載されておりますので、受診の際に、JICA 指定の健康診断書と一緒に医療機関に提出してください。なお、この文書は海外医療機関宛のため、裏面の日本語記載文書と一部異なりますので、ご注意ください。

To whom it may concern,

## **Requests concerning the Preparation of Health Record**

---

This health record is to be used in selecting volunteers who will be assigned to developing countries for over six months. We will judge their aptitude of health condition for living in the difficult environments based on the result of this health record. Therefore, we would like to request that you well understand the contents of followings, and carry out a medical examination.


### Notes

- 1. Please complete all the examination items.**
- All the examination records must be filled in the presented "Health Record" form from the examinee. We do not accept any other form even though all the examination results are appropriately recorded.
- If you make mistakes to write contents, cross them out with double lines and affix your signature on them. Please do not use correction tape on application form.
- Please attach the all laboratory test results.
- Please make sure to measure both the uncorrected vision and the corrected vision.
- About the blood group (type), self-report is not acceptable, unless there is presentation of the official result through paper medium.
- Please take chest X-ray by direct roentgenography.
- Please attach the copy of 12-lead ECG in the case of abnormal result.

[本人記入欄] ※To be completed by the applicant.

受験区分 (✓を記入してください)	氏名	受験番号
<input type="checkbox"/> 一般案件 <input type="checkbox"/> シニア案件	フリガナ	

[医療機関記入欄] ※To be completed by medical professional.

Health Record (健康診断書)				
Name (受診者名)		生年月日 Date of birth	Sex (性別) M / F 年 月 日 年齢 才 (Y) (M) (D) Age	
<b>Physical Findings 身体所見</b>		<b>Hematology 血液学 ※全項目必須</b>	<b>Urine 尿検査</b>	
Height 身長	cm	ABO type 血液型	Protein 蛋白 - ± + 2+	
Weight 体重	kg	Rh type Rh血液型	Glucose 糖 - ± + 2+	
BMI 体格指数	[Wt(kg)/Ht(m) <sup>2</sup> ]	WBC 白血球 /mm <sup>3</sup>	Blood 潜血 - ± + 2+	
Blood pressure 血圧	/ mmHg	RBC 赤血球 ×10 <sup>4</sup> /mm <sup>3</sup>	<b>Chest X-Ray 胸部レントゲン</b> ※Direct roentgenography 直接撮影で実施	
Abdominal circumference 腹囲	cm	Hb ヘモグロビン g/dl		normal 正常 / abnormal 異常
<b>Visual Acuity 視力 ※裸眼必須</b>		Ht ヘマトクリット %	Finding 所見: 異常時: 精査 要 / 不要	
	裸眼(uncorrected)	矯正(corrected)		
R 右				
L 左				
<b>Hearing 聴力</b>		ALT(GPT) IU/l		
	(1000Hz)	(4000Hz)	γ-GTP IU/l	
Rt 右	db	db	ALP IU/l	
Lt 左	db	db	TP 総蛋白 g/dl	
<b>E.C.G 心電図</b>		Triglyceride 中性脂肪 mg/dl	<b>Atopic dermatitis アトピー所見</b>	
normal 正常 / abnormal 異常		HDL mg/dl	<b>Physical Findings 診察所見</b> <b>Inspection/Auscultation/Palpation/Others</b>	
Finding 所見:		LDL mg/dl		
※Please attach the copy of 12-lead ECG in the case of abnormal result. 異常や所見がある場合は心電図(コピー可)を必ず添付してください。		Creatinine mg/dl	Finding 所見:	
		eGFR ml/min/1.73m <sup>2</sup>		
		Uric acid 尿酸 mg/dl		
		FBS 空腹時血糖 mg/dl		
		HbA1c %		
<b>Diagnosis 診察医判定</b> (Comment コメント)				
上記のとおり診断します。 (This is to certify that above mentioned person has been diagnosed.)		Name of Hospital (医療機関名)		
Date (Y/M/D) 20 / /		Address (所在地)		
Doctor's Name (医師名)		Telephone (電話)		

[Official use: JICA 記入欄]

総合判定	(コメント)
------	--------

[本人記入欄] ※To be completed by the applicant.

受験区分 (✓を記入してください) □一般案件 □シニア案件	氏名 フリガナ 西村 博子	受験番号 プレントリー番号を記入してください
-----------------------------------	---------------------	---------------------------

**ご本人の記入欄です**

**※全項目もれなく記入してください**

Name (受診者名)		修正する場合は、二重線を引いて、押印してください (修正液/テープ使用不可)		生年月日 年 月 日 年齢 才		検査データの単位に注意。特に白血球の単位違いが目立ちます。		月経日、月経直後を避けて検査してください	
Physical Findings 身体所見		ABO type 血液型		Glucose 糖		Blood 潜血		Chest X-Ray 胸部レントゲン ※Direct roentgenography 直接撮影で実施	
Height 身長	170 <del>160</del> cm	Rh type Rh血液型		WBC 白血球 /mm <sup>3</sup>		RBC 赤血球 ×10 <sup>4</sup> /mm <sup>3</sup>		Hb ヘモグロビン g/dl	
Weight 体重	kg	WBC 白血球		RBC 赤血球		Hb ヘモグロビン		Ht ヘマトクリット %	
BMI 体格指数	[Wt(kg)/Ht(m) <sup>2</sup> ]	Rh type Rh血液型		Glucose 糖		Blood 潜血		Finding 所見: 右上葉陰影	
Blood pressure 血圧	/ mmHg	WBC 白血球		RBC 赤血球		Hb ヘモグロビン		異常時: 精査 要 / 不要	
Abdominal circumference 腹囲	cm	Rh type Rh血液型		Glucose 糖		Blood 潜血		Finding 所見: 右上葉陰影	
Visual Acuity 視力 ※裸眼必須		WBC 白血球		RBC 赤血球		Hb ヘモグロビン		異常時: 精査 要 / 不要	
裸眼 (uncorrected)	矯正 (corrected)	Rh type Rh血液型		Glucose 糖		Blood 潜血		Finding 所見: 右上葉陰影	
R 右	0.1未満	WBC 白血球		RBC 赤血球		Hb ヘモグロビン		異常時: 精査 要 / 不要	
L 左	0.1未満	Rh type Rh血液型		Glucose 糖		Blood 潜血		Finding 所見: 右上葉陰影	
Hearing 聴力		WBC 白血球		RBC 赤血球		Hb ヘモグロビン		異常時: 精査 要 / 不要	
(1000Hz)	(4000Hz)	Rh type Rh血液型		Glucose 糖		Blood 潜血		Finding 所見: 右上葉陰影	
Rt 右	db	WBC 白血球		RBC 赤血球		Hb ヘモグロビン		異常時: 精査 要 / 不要	
Lt 左	db	Rh type Rh血液型		Glucose 糖		Blood 潜血		Finding 所見: 右上葉陰影	
E.C.G 心電図		WBC 白血球		RBC 赤血球		Hb ヘモグロビン		異常時: 精査 要 / 不要	
normal 正常 / abnormal 異常		Rh type Rh血液型		Glucose 糖		Blood 潜血		Finding 所見: 右上葉陰影	
Finding 所見: 右脚ブロック		WBC 白血球		RBC 赤血球		Hb ヘモグロビン		異常時: 精査 要 / 不要	
異常や所見がある場合は、心電図を添付		Rh type Rh血液型		Glucose 糖		Blood 潜血		Finding 所見: 右上葉陰影	
※Please attach the copy of 12-lead ECG in the case of abnormal result. 異常や所見がある場合は心電図 (コピー可) を必ず添付してください。		WBC 白血球		RBC 赤血球		Hb ヘモグロビン		異常時: 精査 要 / 不要	
Bio-Chemistry 生化学 ※全項目必須		AST(GOT)		ALT(GPT)		γ-GTP		Atopic dermatitis アトピー所見	
AST(GOT)		ALT(GPT)		γ-GTP		Albumin アルブミン		Not found 無 / Found 有	
ALT(GPT)		γ-GTP		Albumin アルブミン		TP 総蛋白		Physical Findings 診察所見 Inspection/Auscultation/Palpation/Others	
γ-GTP		Albumin アルブミン		TP 総蛋白		Triglycerid 中性脂肪		Finding 所見:	
Albumin アルブミン		TP 総蛋白		Triglycerid 中性脂肪		HDL		異常の場合は 精査の要否必須	
TP 総蛋白		Triglycerid 中性脂肪		HDL		LDL		Not found 無 / Found 有	
Triglycerid 中性脂肪		HDL		LDL		Creatinine クレアチニン		Finding 所見:	
HDL		LDL		Creatinine クレアチニン		eGFR		異常の場合は 所見必須	
LDL		Creatinine クレアチニン		eGFR		Uric acid 尿酸			
Creatinine クレアチニン		eGFR		Uric acid 尿酸		FBS 空腹時血糖			
eGFR		Uric acid 尿酸		FBS 空腹時血糖		HbA1c			
Uric acid 尿酸		FBS 空腹時血糖		HbA1c					
FBS 空腹時血糖		HbA1c							
HbA1c									

Diagnosis 診察医判定 (Comment コメント)

上記のとおり診断します。 (This is to certify that above mentioned person has been diagnosed.)

Date (年月日) 20 / / Address (所在地) 病院の所在地、電話、医師名が記載されているか、必ずご確認ください。

Doctor's Name (医師名) Telephone (電話)

[Official use: JICA 記入欄]

総合判定	(コメント)
	<b>記入不要</b>

# 健康診断料の補助申請について

健康診断料補助(上限 5,000 円)を希望する方は、後日、医療機関の領収書(原本)を郵送いただくこと  
になります。以下、必要事項を必ず確認して下さい。

## 必要事項

- 領収書発行日の記載がある。
- 領収書宛名に本人氏名が記入してある。(注: JICA ではありません。)
- 金額が明記されている。
- 医療機関名と住所の記入がある。(診断・検査を受けた医療機関である。)
- 明細書等を同封している。

(同封できない場合は、領収書の但し書きに「診断料」「検査料」等と明記されている。)

- 医療機関の領収印がある。
- 領収書の原本である。(コピーは支給対象となりません。)

※指示された項目以外の検査費用、また、治療費、投薬費、処方箋料等の記載がある  
場合は 支給の対象となりません。

※上記を満たしていない場合、支給の対象となりません。