

(2020 年度短期第 1 回の応募を検討されている方へ)

健康書類受付期間と、問診票・健康診断書様式のご連絡

青年海外協力隊事務局

2020 年 3 月 2 日

1. 健康書類の提出時期等について

JICA 海外協力隊（短期派遣）募集期間：3 月 2 日 ～ 3 月 23 日

健康書類の提出推奨期間：3 月 2 日 ～ 3 月 20 日

前回募集期では、健康書類の提出が、応募締切日に集中しました。その結果、判定作業の遅延や、再検査が必要な方への連絡や、追加の診断書の受領が遅れ、可否発表に間に作業が合わないケースが発生しています。よって健康書類は、応募期間終了日前をなるべく避け、早めに提出することを心掛けてください。

なお、可否結果に関わらず、JICA 海外協力隊の応募を完了された方には、診断書作成にかかった費用を一律上限 5 千円まで、後日給付させていただきます。

また健康診断は、協力隊応募用に規定された検査項目に沿って、かつ別添のフォーマットにより、ご自身で選んだ医療機関にて実施いただきます。

募集期間に受診されたものが有効です。受診済みの健康診断書の転記による提出も可能であり、転記にかかった費用も補助の対象です。

問診票は必ず応募時点で作成いただき、健康診断書と併せて提出してください。

2. 協力隊応募のための健康診断プランについて

一部の医療機関では、「協力隊応募用」として優先的な予約や料金プランが準備されています。ウェブ上で「健康診断・協力隊」と検索することをお薦めします。

なお、「品川イーストクリニック」で受診された場合は、診断書の郵送が不要です。 URL：<https://izavel.com/vaccine/jica/>

別添資料：「健康診断」の実施について（問診票・健康診断書様式）

以上

健康書類の提出について

短期派遣では、応募者全員が「問診票」を提出します。6か月以上の案件に応募する場合、「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、応募を決められた方は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：2020年3月23日(月)(必着)

■有効日：募集期間(2020年3月2日(月)～23日(月))に受診したもの

- 提出物：
- ① 記入済の JICA 海外協力隊問診票【全員】
※別様式では受理できません。
 - ② 健康診断書(JICA 指定書式 2020 年募集用)【対象者】
※別様式では受理できません。勤務先などで受診したものがある場合、医療機関で JICA 指定の書式に転記してもらい、ご提出ください。
 - ③ 医療機関の領収書及び明細書【対象者】
※詳細は、「健康審査にかかる領収証貼付用台紙」をご確認ください。

6か月未満の要請に応募予定の方は、①のみを、6か月以上の要請に応募予定の方は、①～③を揃えていただいた上でご送付ください。いずれの書類も原本以外は受け付けることができません。

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。可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

※提出先への郵送料は自己負担となります。

※封筒に「**2020 年度短期第 1 回 健康書類在中**」と朱書きしてください。

※健康診断書が提出先に届いているかどうかの個別の問い合わせには回答いたしかねます。
追跡したい方は、レターパックライトの利用を推奨します。対面で受領が必要なもの(宅配便等)の利用はできません。

■問い合わせ先：

(E-Mail) jvtisa@jica.go.jp (JICA 青年海外協力隊事務局 課題業務・選考課宛)

(件名)【2020 年度短期第 1 回募集 健康書類について】

2. 注意事項

- JICA 指定の問診票・健康診断書(2020 年度募集用)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。
- ログイン ID 番号欄には、(応募者用)マイページにログインする際の ID(下 6 桁数字)を記載してください。(例えば、マイページログイン ID が「abc200001」の場合、健康診断書類のログイン ID は「000001」です。)

ン ID 番号欄には「200001」と記入ください。)

- 受験番号欄には何も記載しないでください。
- 指定の問診票(全員)および健康診断書(対象者)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。
- 健康書類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、問診票・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。
- 問診票はご自身で記入いただきますが、健康診断書は自筆無効です。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

- 応募を完了され、且つ健康診断書、問診票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)。
- 健康診断料補助を希望する方は、医療機関の領収証(原本)を健康審査にかかる領収証貼付用台紙に貼付けて問診票・健康診断書と併せて郵送してください。
- 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。

【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ます、再応募の際に参考にさせていただく場合がありますのでご了承ください。

※[事務局使用欄↓] 記入しないでください。

ログインID		受験番号	
--------	--	------	--

問診票

2020年度第1回募集 JICA海外協力隊

※未記入があると、書類不備で不合格となる可能性がありますので、ご注意ください。

[本人記入欄↓]

応募回数	
	回目

←初めての方は
「0」と記入してください。

フリガナ		生年月日（西暦）				年齢	性別
氏名 ※戸籍上の氏名に限る		年		月		日	歳
Tel		E-mail					
携帯Tel		携帯 E-mail					

【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、これらの健康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く場合がありますのでご了承ください。

【留意事項】

JICAボランティアの活動地域の多くは、日本とは異なり自然環境や生活環境等が厳しく、また医療事情、衛生状態も悪い開発途上国であり、症状によっては派遣継続が困難な事態に陥る可能性があります。

合否判定及び派遣国決定にあたって極めて重要な情報となりますので、問診票は正確に申告してください。未申告または虚偽の申告があった場合は派遣中止や派遣期間の短縮となります。この場合、手当や旅費等の返還をしていただくことがあります。

[Official use : JICA記入欄]

※記入しないでください。

総合判定		(コメント)
------	--	--------

※[事務局使用欄↓] 記入しないでください。

ログインID		受験番号	
--------	--	------	--

【1】ご自身の健康状態に関し、以下の問いに答えてください。

① 健康状態について

☐ 良好

☐ 不良
(詳細: _____)

② サプリメントや市販薬で常用しているものはありますか

☐ 無

☐ 有
(詳細: _____)

③ 最後に受けた健康診断はいつですか
(_____) 年 (_____) 月

☐ 受診日不明

④ ストレス等で学校や職場を休んだことはありますか

☐ 無

☐ 有
(年齢: _____ 歳頃) (期間: _____)

⑤ ストレス等でカウンセリングや病院を受診したことがありますか

☐ 無

☐ 有
(詳細: _____)

⑥ 現在以下の症状がある場合はチェックし、受診の有無と詳しい症状を記入してください。

現在気になる症状	病院での受診有無		詳しい症状
☐ 下記項目に該当なし			
☐ 頭痛	☐ 無	☐ 有	
☐ 息切れ	☐ 無	☐ 有	
☐ むくみ	☐ 無	☐ 有	
☐ 体重減少	☐ 無	☐ 有	
☐ 食欲不振	☐ 無	☐ 有	
☐ 動悸	☐ 無	☐ 有	
☐ 胸の痛み	☐ 無	☐ 有	
☐ 咳	☐ 無	☐ 有	
☐ 体重増加	☐ 無	☐ 有	
☐ 疲労感	☐ 無	☐ 有	
☐ 腰痛	☐ 無	☐ 有	
☐ 緊張感	☐ 無	☐ 有	
☐ 腹痛	☐ 無	☐ 有	
☐ 不眠	☐ 無	☐ 有	
☐ 不安感	☐ 無	☐ 有	
☐ めまい	☐ 無	☐ 有	
☐ 月経不順（正常周期25-38日）	☐ 無	☐ 有	
☐ 下痢	☐ 無	☐ 有	
☐ しびれ	☐ 無	☐ 有	
☐ その他（症状: _____）			

※[事務局使用欄↓] 記入しないでください。

ログインID		受験番号	
--------	--	------	--

【2-1】以下の病気に関し、該当する項目に必要な情報を記入してください。

現在治療中：病気やけがで定期的に通院しているもの。または、内服などの治療や処置を受けているもの。

経過観察中：過去に治療を受けていた、または治療を要するほどではないが、定期的に診察や検査を受けているもの。

完治：これまでにかったことのある病気やけがで、現在は治癒しているもの。

治療中	経過 観察中	完治		治療中	経過 観察中	完治	
☐	☐	☐	脳梗塞	☐	☐	☐	関節疾患
☐	☐	☐	脳出血				部位（ ）
☐	☐	☐	冠動脈疾患（心筋梗塞・狭心症）	☐	☐	☐	腰痛症
☐	☐	☐	不整脈	☐	☐	☐	椎間板ヘルニア
☐	☐	☐	心筋症	☐	☐	☐	自律神経失調症
☐	☐	☐	弁膜症	☐	☐	☐	発達障害
☐	☐	☐	大動脈疾患	☐	☐	☐	摂食障害（拒食・過食）
☐	☐	☐	先天性心疾患	☐	☐	☐	うつ病・うつ状態
☐	☐	☐	川崎病	☐	☐	☐	不安障害
☐	☐	☐	血圧異常（高血圧・低血圧）	☐	☐	☐	てんかん・脳波異常
☐	☐	☐	結核	☐	☐	☐	統合失調症
☐	☐	☐	喘息	☐	☐	☐	不眠症
☐	☐	☐	糖尿病	☐	☐	☐	円錐角膜
☐	☐	☐	脂質異常症（高脂血症）	☐	☐	☐	網膜剥離
☐	☐	☐	高尿酸血症	☐	☐	☐	緑内障
☐	☐	☐	痛風発作	☐	☐	☐	慢性中耳炎
☐	☐	☐	貧血	☐	☐	☐	副鼻腔炎
☐	☐	☐	アトピー性皮膚炎	☐	☐	☐	子宮筋腫
☐	☐	☐	尿管結石	☐	☐	☐	卵巣のう腫
☐	☐	☐	前立腺肥大	☐	☐	☐	子宮内膜症
☐	☐	☐	腎炎	☐	☐	☐	子宮頸部異形成
☐	☐	☐	甲状腺疾患	☐	☐	☐	月経困難症
☐	☐	☐	リウマチ	☐	☐	☐	月経不順
☐	☐	☐	膠原病	☐	☐	☐	顎関節症
☐	☐	☐	胃・十二指腸潰瘍	☐	☐	☐	歯科矯正
☐	☐	☐	肝炎	☐	☐	☐	歯科インプラント
☐	☐	☐	☐ A型 ☐ B型 ☐ C型	☐	☐	☐	がん 病名：（ ）
☐	☐	☐	☐ その他（ ）	☐	☐	☐	その他① 病名：（ ）
☐	☐	☐	胆石症	☐	☐	☐	その他② 病名：（ ）
☐	☐	☐	潰瘍性大腸炎・クローン病	☐	☐	☐	その他③ 病名：（ ）
☐	☐	☐	大腸ポリープ	☐	☐	☐	その他④ 病名：（ ）
☐	☐	☐	痔	☐	☐	☐	その他⑤ 病名：（ ）
☐	☐	☐	靱帯損傷	☐	☐	☐	その他⑥ 病名：（ ）
☐	☐	☐	部位（ ）	☐	☐	☐	その他⑦ 病名：（ ）

※[事務局使用欄↓] 記入しないでください。

□グインID		受験番号	
--------	--	------	--

【2-2】【2-1】でチェックした項目それぞれに対し、下記に詳細を記入して下さい。

手術を実施していない疾患について	手術を実施した疾患について
病名 () 歳 発症年齢 () 歳 治癒した年齢 () 歳 現在使用中の内服薬/外用薬 □ 無 □ 有 内服薬/外用薬名 () 現在の通院間隔 () 治療状況 ()	病名 () 歳 発症年齢 () 歳 治癒した年齢 () 歳 手術を受け年齢 () 歳 手術を受けた部位 () 手術名または手術の詳細 () 現在使用中の内服薬/外用薬 □ 無 □ 有 内服薬名/外用薬名 () 現在の通院間隔 ()
病名 () 歳 発症年齢 () 歳 治癒した年齢 () 歳 現在使用中の内服薬/外用薬 □ 無 □ 有 内服薬/外用薬名 () 現在の通院間隔 () 治療状況 ()	病名 () 歳 発症年齢 () 歳 治癒した年齢 () 歳 手術を受け年齢 () 歳 手術を受けた部位 () 手術名または手術の詳細 () 現在使用中の内服薬/外用薬 □ 無 □ 有 内服薬名/外用薬名 () 現在の通院間隔 ()
病名 () 歳 発症年齢 () 歳 治癒した年齢 () 歳 現在使用中の内服薬/外用薬 □ 無 □ 有 内服薬/外用薬名 () 現在の通院間隔 () 治療状況 ()	病名 () 歳 発症年齢 () 歳 治癒した年齢 () 歳 手術を受け年齢 () 歳 手術を受けた部位 () 手術名または手術の詳細 () 現在使用中の内服薬/外用薬 □ 無 □ 有 内服薬名/外用薬名 () 現在の通院間隔 ()

- ※ 1) 手術には、内視鏡的治療（例：胃やポリープ切除）も含まれます。
 2) 通院間隔について 例：「1か月に1回外来通院」などと記載ください。

【3】喫煙に関し、項目に必要な情報を記入してください。

喫煙	□ 無	□ 有→ (本/日 年間)	□ 過去に吸っていた→ (本/日 年間)
----	-----	----------------	-----------------------

【4】飲酒に関し、項目に必要な情報を記入してください。

飲酒	□ 1週間に4回以上	□ 1週間に2～3回	□ 1か月に2～4回
	□ 1か月に1回以下	□ 飲まない（飲めない）	
飲酒量（1回当たり）	□ 1合未満	□ 1～2合未満	□ 2～3合未満 □ 3合以上
【清酒 1 合（180m l）の目安】 ビール中瓶1本（約500m l）／焼酎35度（80m l）／ウイスキー1杯（60m l）／ワイン2杯（240m l）			

※[事務局使用欄↓] 記入しないでください。

ログインID		受験番号	
--------	--	------	--

【5】アレルギーに関し、項目に必要な情報を記入してください。

◆ 食物	☐ 無	☐ 有	()		
アレルギーの症状（複数選択可）					
☐ アナフィラキシー	☐ むくみ	☐ 目のかゆみ	☐ 鼻水	☐ くしゃみ	
☐ 息苦しさ	☐ じんましん	☐ 症状なし	☐ その他 (	)	
◆ 薬剤	☐ 無	☐ 有	()		
アレルギーの症状（複数選択可）					
☐ アナフィラキシー	☐ むくみ	☐ 目のかゆみ	☐ 鼻水	☐ くしゃみ	
☐ 息苦しさ	☐ じんましん	☐ 症状なし	☐ その他 (	)	
◆ 動物	☐ 無	☐ 有	()		
アレルギーの症状（複数選択可）					
☐ アナフィラキシー	☐ むくみ	☐ 目のかゆみ	☐ 鼻水	☐ くしゃみ	
☐ 息苦しさ	☐ じんましん	☐ 症状なし	☐ その他 (	)	
◆ 花粉	☐ 無	☐ 有	()		
アレルギーの症状（複数選択可）					
☐ アナフィラキシー	☐ むくみ	☐ 目のかゆみ	☐ 鼻水	☐ くしゃみ	
☐ 息苦しさ	☐ じんましん	☐ 症状なし	☐ その他 (	)	
◆ その他 (	()				
アレルギーの症状（複数選択可）					
☐ アナフィラキシー	☐ むくみ	☐ 目のかゆみ	☐ 鼻水	☐ くしゃみ	
☐ 息苦しさ	☐ じんましん	☐ 症状なし	☐ その他 (	)	

上記の申告に間違いありません。

正確に申告いただけない場合、虚偽の申告があった場合、未申告があった場合には、派遣中止または派遣期間の短縮となり、手当・旅費等を返還していただくことがあります。

☐ 同意する

記入日： 年 月 日 氏名：

注) ☐ にチェックし、記入日・本人氏名を必ずご記入ください。 ※未記入の場合、無効となります。

※6か月以上の要請に応募をご検討の方は、問診票に加え、健康診断書、説明書（PDF）もウェブサイトからダウンロードし、よくお読みの上、医療機関で受診してください。

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

受診区分 (どちらかに✓を記入してください)		氏名		ログインID	
☐ 一般案件	☐ シニア案件	フリガナ	ローマ字	本人の記入欄	
※全項目もれなく記入してください					
Name (受診者名)		生年月日		Age	
		Date of birth (Y) (M) (D)			
Physical Findings 身体所見		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。必ず単位を選択して記入してください。		月経日、月経直後を避けて検査してください。	
Height 身長	169 cm	ABO type 血液型		Urin	— ± + 2+
Weight 体重	kg	Rh type Rh血液型			— ± + 2+
BMI 体格指数	[Wt(kg)/Ht(m) ²]	WBC 白血球		Blood 宿血	— ± + 2+
		単位を選択 : /mm ³ または /μℓ			
Blood pressure 血圧	/ mmHg	RBC 赤血球	×10 ⁴ /mm ³	Chest X-Ray 胸部レントゲン ※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	
Visual Acuity 視力 ※裸眼必須		Ht ヘマトクリット	%	Finding 所見: 右上葉陰影	
	裸眼(uncorrected)	矯正(corrected)	Plt 血小板	異常時: 精査 要 / 不要	
R 右	0.1未満	1.2	Bio-Chemistry 生化学 ※全項目必須		
L 左	0.1未満	1.0	IU/l		
眼鏡所有: 有 無		コンタクトレンズ所有: 有 無		IU/l	
Hearing 聴力		ALP		IU/l	
	(1000Hz)	(4000Hz)	Atopic dermatitis アトピー所見		
Rt 右	聴力聴取可能なデシベルの記入をお願いします。		TP 総蛋白	Not found 無 / Found 有	
Lt 左			Triglyceride 中性脂肪	mg/dl	
E.C.G 心電図		HDL	mg/dl	Physical Findings 診察所見 Inspection/Auscultation/Palpation/Others	
normal 正常 / abnormal 異常		LDL	mg/dl	Not found 無 / Found 有	
Finding 異常や所見がある場合は、心電図を添付		Creatinine	mg/dl	Finding 所見:	
※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。		eGFR	ml/min/1.73m ²	異常の場合は所見必須	
		Uric acid 尿酸	mg/dl		
Diagnosis 診察医判定		FBS 空腹時血糖	mg/dl		
(Comment コメント)		HbA1c	%		
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 (日付)		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) 記入不要			

(2020年募集JICA海外協力隊選考用)

受験区分 (どちらかに✓を記入してください)		氏名		ログインID	
□一般案件 □シニア案件		フリガナ			
				受験番号	

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

Health Record (健康診断書)

Sex (性別) M / F

生年月日 年 月 日 年齢 才

Date of birth (Y) (M) (D) Age

Name (受診者名)

Physical Findings 身体所見		Hematology 血液学 ※全項目必須		Urine 尿検査	
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) ²]		WBC 白血球		Blood 潜血 - ± + 2+	
		単位を選択 : /mm ³ または /μl			
Blood pressure 血圧 / mmHg		RBC 赤血球 ×10 ⁴ /mm ³		Chest X-Ray 胸部レントゲン ※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	
Visual Acuity 視力 ※裸眼必須		Ht ヘマトクリット %		Finding 所見:	
	裸眼(uncorrected)	矯正(corrected)	Plt 血小板 ×10 ⁴ /mm ³	異常時: 精査 要 / 不要	
R 右			Bio-Chemistry 生化学 ※全項目必須		
L 左			AST(GOT) IU/l		
眼鏡所有: 有 無		コンタクトレンズ所有: 有 無	ALT(GPT) IU/l		
Hearing 聴力			γ-GTP IU/l		
	(1000Hz)	(4000Hz)	ALP IU/l		
Rt 右	db	db	TP 総蛋白 g/dl	Atopic dermatitis アトピー所見	
Lt 左	db	db	Triglyceride 中性脂肪 mg/dl	Not found 無 / Found 有	
E.C.G 心電図			HDL mg/dl	Physical Findings 診察所見	
normal 正常 / abnormal 異常			LDL mg/dl	Inspection/Auscultation/Palpation/Others	
Finding 所見:			Creatinine mg/dl	Not found 無 / Found 有	
※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)を必ず添付してください。			eGFR ml/min/1.73m ²		
			Uric acid 尿酸 mg/dl		
			FBS 空腹時血糖 mg/dl		
			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.)

Name of Hospital (医療機関名)

Date (Y/M/D) 20 / /

Address (所在地)

(日付)

Doctor's Name (医師名)

Telephone (電話)

総合判定		(コメント)
------	--	--------

※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：jvtsa@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ボランティア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。必ず用紙の単位を選択してください。

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 will understand the contents of followings, and carry out a medical examination.

Notes

- 1. Please complete all the examination items.**
2. 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.
3. 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.
4. Please attach the all laboratory test results.
5. Please make sure to measure both the uncorrected vision and the corrected vision.
6. About the blood group (type), self-report is not acceptable, unless there is presentation of the official result through paper medium.
7. Please take chest X-ray by direct roentgenography.
8. Please attach the copy of 12-lead ECG in the case of abnormal result.

健康審査にかかる領収証貼付用台紙

氏名：
生年月日：西暦 年 月 日

ログイン ID		受験番号	
※受験番号は記入しないでください。			

★以下の□にチェックしてください。必須事項なので、漏れがある場合、支給対象となりません。

- ☐ 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 ではない)
- ☐ 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。
- ☐ 領収書・明細書を次項の貼り付け位置にのりで貼っている。
- ☐ 次項に氏名と生年月日を記載している。
- ☐ ログイン ID 欄には、(応募者用)マイページにログインする際の ID 番号(数字下 6 桁)を記載している。

.....(以下 貼り付け位置).....

- ① 領収証が A4 サイズの場合は、この台紙に貼付する必要はありません。
- ② 領収証は貼り付け台紙 1 枚につき、1 枚の領収証を重ならないように貼り付けてください。
- ③ 貼り付けスペースが足りない場合は、別途白紙に貼付してください。

※①、③の場合、用紙の右上に氏名、生年月日、ログイン ID の記入をお願いします。