

2022 年 10 月 26 日
青年海外協力隊事務局

【2022 年度秋募集への応募を検討されている皆様へ】
2022 年度秋募集の健康診断書・問診票様式の公開

2022 年度秋募集の健康診断書・問診票様式を別添資料のとおり参考に公開します。必ず 2022 年度秋募集の応募マイページからダウンロードの上、医療機関を受診し、以下の期間内にご提出ください。

健康診断書提出受付期間：2022 年 11 月 1 日ー12 月 12 日まで（必着）

以上

別添資料 「健康診断の実施について」（健康診断書・問診票様式）

「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：2022年12月12日（月） 必着

※提出締切日以降に到着したものは、受領しません。

■健康診断有効日：2022年7月31日（日）以降に受診したもの

■提出物：

①JICA 海外協力隊健康診断書類・提出確認シート

②健康診断書（JICA 指定書式 2022 年度募集用）

※別様式では受理できません。

③血液検査結果

※必ずしも原本である必要はなく、複写でも構いません。

④問診票（JICA 指定書式 2022 年度募集用）

※別様式では受理できません。

⑤（健康診断料補助を申請される場合のみ）

健康審査にかかる領収証貼付用台紙（医療機関の領収書及び明細書貼付済のもの）

※詳細は、以下「4.健康診断料の補助について」をご確認ください。

必ず上記資料を揃えていただいた上で一緒にご送付ください。

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。

なお健康診断書提出後、健康審査係から再検査等の指示が出る場合があります。

提出後もマイページに登録のご自身のメールアドレスに健康審査係からの連絡がないかご確認いただき、迅速なご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「（一般もしくはシニア）案件 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。

※なお「品川イーストクリニック」で受診された場合は、健康診断書の郵送は不要ですが、記入済の問診票を持参して受診し、品川イーストクリニックにご提出ください。

【参考】JICA 海外協力隊健康審査 委託医療機関 | 品川イーストクリニック HP
<https://izavel.com/vaccine/jica/>

■健康診断書・問診票の項目にかかるお問い合わせ先：
(E-Mail) jvtsa@jica.go.jp (JICA 青年海外協力隊事務局 課題業務・選考課宛)
(件名) 【2022 年秋募集 健康診断について】

2. 注意事項について

- ログイン ID 番号とは、(応募者用) マイページにログインする際の ID (下 7 桁数字) です。
(例えばマイページログイン ID が「abc2000001」の場合、ログイン ID 番号は「2000001」となります。)
- 受験番号欄は事務局側で使用するので、何も記載しないでください。
- 問診票は、必ず応募の時点で、ご自身で記入してください。
- 問診票の「【2-2】手術を実施していない疾患、手術を実施した疾患」に関し、万一記載項目の枠が足りない場合には、同ページを必要分、追加で印刷して記載してください。
- 健康診断書の自筆は無効です。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。上記の健康診断有効日を満たす別の機会に受診した健康診断結果を転記する場合においても、必ず医療機関での転記をお願いします。自身で転記されたと思われる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。月経中に行った検尿のために実施する必要のある再検査は自費となります。
- 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。やむを得ず午後の受診となる場合、絶飲食期間は受診する医療機関の指示に従ってください。
- 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。
- 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となります。
- 健康診断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、健康診断書類に基づき、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。

3. 海外受験者の方へ

- 海外で受診される場合は健康診断書に加え、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。
- 健康診断書は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。ご自身で記載する問診票は日本語でお願いします。

4. 健康診断料の補助について

- web 応募画面にある「登録した情報を確定する」から応募完了をしておられ、健康診断書、問診票、領収書・明細書を提出された方に対し、JICAの規定に基づき、健康診断料の補助として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）。
- 上述の補助を希望する方は、医療機関発行の領収書・明細書を専用台紙（健康審査にかかる領収証貼付用台紙）に貼り付け、健康診断書・問診票と一緒に郵送してください（いずれも原本）。
- 原本と確認できない書類でのご提出や、指示された項目以外の検査費、また治療費、投薬費、処方箋料、郵送料等は支給の対象となりません。転記の場合には、転記料のみが補助の対象となり、転記で足りずに追加で行った検査項目の検査費用は支給対象となりません。
- 「健康審査にかかる領収証貼付用台紙」は抜け漏れがないよう各項目にチェック☑してご提出ください。

5. 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、JICA 人事部健康管理室、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。

氏名		ログイン ID	
生年月日	西暦	年 月 日	受験番号

※受験番号は記入しないでください。

今回の募集期をチェック・記入してください。

長期・短期区分	<input type="checkbox"/> 2022 年長期募集	<input type="checkbox"/> 2022 年度短期募集
募集期区分	<input type="checkbox"/> 春 <input type="checkbox"/> 秋	第()回

JICA 海外協力隊健康診断書類・提出確認シート

1. 提出書類

※必ず送付前に以下の提出書類が揃っているかを確認し、□にチェックしてください。
また、すべての提出書類が揃った状態でご提出ください。

- JICA 海外協力隊健康診断書類・提出確認シート（提出用台紙）
- 健康診断書（JICA 指定書式 2022 年度募集）
- 問診票（JICA 指定書式 2022 年度募集用）
- （健康診断料補助対象外の場合のみ）
- 健康審査にかかるとの証明貼付用台紙（医療機関の領収書及び明細書貼付済のもの）

2. 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

※封筒に「一般（もしくはシニア）案件 健康書類在中」と朱書きしてください。

3. 提出締切

2022 年 12 月 12 日（月）必着

※提出締切日以降に到着したものは、受領しません。

※[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

JICA海外協力隊

※募集期と応募区分について、それぞれチェックしてください。

募集期	<input type="checkbox"/> 2022年長期	<input type="checkbox"/> 2022年度短期
	<input type="checkbox"/> 春 <input type="checkbox"/> 秋	第 () 回
応募区分	<input type="checkbox"/> 一般案件	<input type="checkbox"/> シニア案件

※未記入があると、書類不備で不合格となりますので、ご注意ください。

フリガナ	生年月日 (西暦)	年齢	性別
氏名 <small>※戸籍上の氏名に限る</small>	月 日	歳	
Tel			
携帯Tel			

【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人事部健康管理室、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。

【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、状況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、以下の問いに教えてください。

- 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 前回受けた健康診断はいつですか(※今回の健康診断より前の受診時期を記入ください)
 (_____) 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 現在の下記症状の有無と、それに対する受診の有無について、該当項目にチェックをしてください。
 また、どちらかに「有」にチェックした方は、詳しい症状・症状の頻度や通院状況など、詳細を記載してください。

現在気になる症状	症状の有無		病院での受診		詳細
頭痛	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
息切れ	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
むくみ	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
体重減少	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
食欲不振	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
動悸	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
胸の痛み	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
咳	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
体重増加	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
疲労感	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
腰痛	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
緊張感	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
腹痛	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
不眠	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
不安感	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
めまい	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
月経不順 (正常周期25-38日)	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
下痢	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
しびれ	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
その他 (症状: _____)	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	

※[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載してください。（※【2-1】でチェックした場合は【2-2】も必ず記載）

治療中：病気やけがで定期的に通院し内服などの治療や処置を受けている。

経過観察中：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。（内服がある場合は治療中に該当）

完治：これまでにかかったことのある病気やけがで、現在は完治している。また過去に治療を受けていたが、通院が終了している。

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

チェックを入れた場合には、必ず次頁の【2-2】に詳細をご記載ください。※完治していてもご記載ください

※[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	
--------	--	------	--

【2-2】【2-1】で記載したチェックした**全ての項目について**、下記に詳細を記載して下さい。

以下の記載は「**手術を実施していない疾患**」と「**手術を実施した疾患**」で記載場所が分かれています。

- ※1) 手術には、内視鏡的治療（例：胃やポリプ切除）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。

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 完治した年齢 () 歳 現在使用中の内服薬/外用薬 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 内服薬/外用薬名 () 通院の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 現在の通院間隔 () 医師の指示や今後のフォロー状況等 ()	病名 () 歳 発症年齢 () 歳 完治した年齢 () 歳 手術を受けた年齢 () 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 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 内服薬名/外用薬名 () 通院の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 現在の通院間隔 ()
病名 () 歳 発症年齢 () 歳 完治した年齢 () 歳 現在使用中の内服薬/外用薬 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 内服薬/外用薬名 () 通院の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 現在の通院間隔 () 医師の指示や今後のフォロー状況等 ()	病名 () 歳 発症年齢 () 歳 完治した年齢 () 歳 手術を受けた年齢 () 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 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 内服薬名/外用薬名 () 通院の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 現在の通院間隔 ()
病名 () 歳 発症年齢 () 歳 完治した年齢 () 歳 現在使用中の内服薬/外用薬 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 内服薬/外用薬名 () 通院の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 現在の通院間隔 () 医師の指示や今後のフォロー状況等 ()	病名 () 歳 発症年齢 () 歳 完治した年齢 () 歳 手術を受けた年齢 () 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 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 内服薬名/外用薬名 () 通院の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 現在の通院間隔 ()

※上記の表だけでは足りない場合、本ページをご自身の必要枚数分、追加印刷して提出ください。

【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。

飲酒頻度と飲酒量（1回あたり）、それぞれにチェックをしてください。

①飲酒頻度 <input type="checkbox"/> 1週間に4回以上 <input type="checkbox"/> 1か月に1回以下	<input type="checkbox"/> 1週間に2～3回 <input type="checkbox"/> 飲まない（飲めない）	<input type="checkbox"/> 1か月に2～4回
②飲酒量（1回当たり） <input type="checkbox"/> 1合未満	<input type="checkbox"/> 1～2合未満	<input type="checkbox"/> 2～3合未満 <input type="checkbox"/> 3合以上
【清酒1合（180ml）の目安】 ビール中瓶1本（約500ml）／焼酎35度（80ml）／ウイスキーダブル1杯（60ml）／ワイン2杯（240ml）		

※[事務局使用欄↓] 記入しないでください。

<input type="checkbox"/> グインID		受験番号	
--------------------------------	--	------	--

【5】それぞれのアレルギーに対し、必ずお答えください。アレルギーがある場合には有にチェックし、

- ・アレルギー症状を引き起こす原因物質を具体的に記入ください。
- ・アレルギーの症状を選択してください。

◆ 食物	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	⇒	()
アレルギーの症状（複数選択可）						
<input type="checkbox"/> アナフィラキシー	<input type="checkbox"/> むくみ	<input type="checkbox"/> 目のかゆみ	<input type="checkbox"/> 鼻水	<input type="checkbox"/> くしゃみ		
<input type="checkbox"/> 息苦しさ	<input type="checkbox"/> じんましん	<input type="checkbox"/> 症状なし	<input type="checkbox"/> その他（		）	
◆ 薬剤	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	⇒	()
アレルギーの症状（複数選択可）						
<input type="checkbox"/> アナフィラキシー	<input type="checkbox"/> むくみ	<input type="checkbox"/> 目のかゆみ	<input type="checkbox"/> 鼻水	<input type="checkbox"/> くしゃみ		
<input type="checkbox"/> 息苦しさ	<input type="checkbox"/> じんましん	<input type="checkbox"/> 症状なし	<input type="checkbox"/> その他（		）	
◆ 動物	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	⇒	<input type="checkbox"/> イヌ	<input type="checkbox"/> ネコ	<input type="checkbox"/> その他（
アレルギーの症状（複数選択可）						
<input type="checkbox"/> アナフィラキシー	<input type="checkbox"/> むくみ	<input type="checkbox"/> 目のかゆみ	<input type="checkbox"/> 鼻水	<input type="checkbox"/> くしゃみ		
<input type="checkbox"/> 息苦しさ	<input type="checkbox"/> じんましん	<input type="checkbox"/> 症状なし	<input type="checkbox"/> その他（		）	
◆ 花粉	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	⇒	<input type="checkbox"/> スギ	<input type="checkbox"/> ヒノキ	<input type="checkbox"/> その他（
アレルギーの症状（複数選択可）						
<input type="checkbox"/> アナフィラキシー	<input type="checkbox"/> むくみ	<input type="checkbox"/> 目のかゆみ	<input type="checkbox"/> 鼻水	<input type="checkbox"/> くしゃみ		
<input type="checkbox"/> 息苦しさ	<input type="checkbox"/> じんましん	<input type="checkbox"/> 症状なし	<input type="checkbox"/> その他（		）	
◆ その他（						）
アレルギーの症状（複数選択可）						
<input type="checkbox"/> アナフィラキシー	<input type="checkbox"/> むくみ	<input type="checkbox"/> 目のかゆみ	<input type="checkbox"/> 鼻水	<input type="checkbox"/> くしゃみ		
<input type="checkbox"/> 息苦しさ	<input type="checkbox"/> じんましん	<input type="checkbox"/> 症状なし	<input type="checkbox"/> 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、虚偽の申告をした場合、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ございます。

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。

※問診票に加え、健康診断書、説明書（PDF）もダウンロードし、よくお読みの上、医療機関で受診してください。

※[事務局使用欄↓] 記入しないでください。

ログインID	123456	受験番号	
--------	--------	------	--

問診票 (記入例)

JICA海外協力隊

※募集期と応募区分について、それぞれチェックしてください。

募集期	<input checked="" type="checkbox"/> 2022年長期	<input type="checkbox"/> 2022年度短期
	<input type="checkbox"/> 春 <input checked="" type="checkbox"/> 秋	第 () 回
応募区分	<input checked="" type="checkbox"/> 一般案件	<input type="checkbox"/> シニア案件

※未記入があると、書類不備で不合格となりますので、ご注意ください。

フリガナ	コクサイ ハナコ	生年月日 (西暦)	年齢	性別
氏名 <small>※戸籍上の氏名に限る</small>	国際 花子	1986 年 1 月 28 日	36 歳	女
Tel	03-□△○×-□△○×	E-mail	jica1212□kn@to.co.jp	
携帯Tel	080-□△○×-0243	携帯 E-mail	jica1212□kn@to.co.jp	

【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人事部健康管理室、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。

【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	123456	受験番号	
--------	--------	------	--

【1】ご自身の健康状態に関し、以下の問いに教えてください。

- 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 前回受けた健康診断はいつですか(※今回の健康診断より前の受診時期を記入ください)
 (2021) 年 (12) 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 現在の下記症状の有無と、それに対する受診の有無について、該当項目にチェックをしてください。また、どちらかに「有」にチェックした方は、詳しい症状・症状の頻度や通院状況などの詳細を記載してください。

「病院での受診有無」のチェックがない場合は、「無」とみなします。

現在気になる症状	症状の有無		病院での受診有無		詳細
頭痛	<input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	頻度は月1回程度で市販の鎮痛薬で改善。
息切れ	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
むくみ	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
体重減少	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
食欲不振	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
動悸	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
胸の痛み	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
咳	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
体重増加	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
疲労感	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
腰痛	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
緊張感	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
腹痛	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
不眠	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
不安感	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
めまい	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
月経不順(正常周期25-38日)	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
下痢	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
しびれ	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
その他(症状: _____)	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	

※[事務局使用欄↓] 記入しないでください。

□グインID	123456	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載してください。（※【2-1】でチェックした場合は【2-2】も必ず記載）

治療中：病気やけがで定期的に通院し内服などの治療や処置を受けている。

経過観察中：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。（内服がある場合は治療中に該当）

完治：これまでにかかったことのある病気やけがで、現在は完治している。また過去に治療を受けていたが、通院が終了している。

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

チェックを入れた場合には、必ず次頁の【2-2】に詳細をご記載ください。※完治していてもご記載ください

※[事務局使用欄↓] 記入しないでください。

□グインID	123456	受験番号	
--------	--------	------	--

【2-2】【2-1】で記載したチェックした**全ての項目**について、下記に詳細を記載して下さい。

以下の記載は「**手術を実施していない疾患**」と「**手術を実施した疾患**」で記載場所が分かれています。

- ※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。

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（ 小児喘息 ） 発症年齢（ 10 ）歳 完治した年齢（ 10 ）歳 現在使用中の内服薬/外用薬 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 内服薬/外用薬名（ ） 通院の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 現在の通院間隔（ 通院していない。 ） 医師の指示や今後のフォロー状況等 （ 完治済 ）	病名（ 胆石症 ） 発症年齢（ 36 ）歳 完治した年齢（ ）歳 手術を受けた年齢（ 36 ）歳 手術を受けた部位（ 胆のう ） 手術名または手術の詳細 （ 胆のう摘出術（腹腔鏡下、全身麻酔使用） ） 現在使用中の内服薬/外用薬 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 内服薬名/外用薬名（ ） 通院の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 現在の通院間隔（ （退院後の受診終了し経過観察中。次回の通院で終診予定。） ）
病名（ 高血圧 ） 発症年齢（ 30 ）歳 完治した年齢（ ）歳 現在使用中の内服薬/外用薬 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 内服薬/外用薬名（ アダラートCR（10mg）1錠朝内服 ） 通院の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 現在の通院間隔（ 3か月に1回通院中 ） 医師の指示や今後のフォロー状況等 （ 自己測定継続、定期通院指示 ）	病名（ ） 発症年齢（ ）歳 完治した年齢（ ）歳 手術を受けた年齢（ ）歳 手術を受けた部位（ ） 手術名または手術の詳細 （ 内服薬/外用薬名（ ●●●● 朝1錠内服） ） ●●●●は薬剤名です。 薬剤名とあわせて用法・容量等分かる範囲で記載 ください。 現在使用中の内服薬/外用薬（ ） 内服薬名/外用薬名（ ） 通院の有無（ ） 現在の通院間隔（ ）
病名（ 睡眠時無呼吸症候群 ） 発症年齢（ 28 ）歳 完治した年齢（ ）歳 現在使用中の内服薬/外用薬 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 内服薬/外用薬名（ ） 通院の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 現在の通院間隔（ CPAPの貸与を受けているので3か月に一度 ） 医師の指示や今後のフォロー状況等 （ ）	病名（ 腰痛（椎間板ヘルニア） ） 発症年齢（ 35 ）歳 完治した年齢（ ）歳 手術を受けた年齢（ 35 ）歳 手術を受けた部位（ 腰部 ） 手術名または手術の詳細 （ 椎間板切除術 ） 現在使用中の内服薬/外用薬 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 内服薬名/外用薬名（ 腰痛ベルト（コルセット） ） 通院の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 現在の通院間隔（ 3ヶ月に1度、経過観察のため ）

※上記の表だけでは足りない場合、本ページをご自身の必要枚数分、追加印刷して提出ください。

【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。

飲酒頻度と飲酒量（1回あたり）、それぞれにチェックをしてください。

①飲酒頻度 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）

②飲酒量（1回あたり） 1合未満 1～2合未満 2～3合未満 3合以上

【清酒1合（180ml）の目安】
 ビール中瓶1本（約500ml）／焼酎35度（80ml）／ウイスキーダブル1杯（60ml）／ワイン2杯（240ml）

※[事務局使用欄↓] 記入しないでください。

□グインID	123456	受験番号	
--------	--------	------	--

【5】それぞれのアレルギーに対し、必ずお答えください。アレルギーがある場合には有にチェックし、
・アレルギー症状を引き起こす原因物質を具体的にご記入ください。
・アレルギーの症状を選択してください。

◆ 食物	<input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有	→	(エビ)
アレルギーの症状 (複数選択可)						
<input checked="" type="checkbox"/> アナフィラキシー	<input type="checkbox"/> むくみ	<input type="checkbox"/> 目のかゆみ	<input type="checkbox"/> 鼻水	<input type="checkbox"/> くしゃみ		
<input type="checkbox"/> 息苦しさ	<input type="checkbox"/> じんましん	<input type="checkbox"/> 症状なし	<input type="checkbox"/> その他 ()		
◆ 薬剤	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	→	()	
アレルギーの症状 (複数選択可)						
<input type="checkbox"/> アナフィラキシー	<input type="checkbox"/> むくみ	<input type="checkbox"/> 目のかゆみ	<input type="checkbox"/> 鼻水	<input type="checkbox"/> くしゃみ		
<input type="checkbox"/> 息苦しさ	<input type="checkbox"/> じんましん	<input type="checkbox"/> 症状なし	<input type="checkbox"/> その他 ()		
◆ 動物	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	→	<input type="checkbox"/> イヌ	<input type="checkbox"/> ネコ	<input type="checkbox"/> その他 (
アレルギーの症状 (複数選択可)						
<input type="checkbox"/> アナフィラキシー	<input type="checkbox"/> むくみ	<input type="checkbox"/> 目のかゆみ	<input type="checkbox"/> 鼻水	<input type="checkbox"/> くしゃみ		
<input type="checkbox"/> 息苦しさ	<input type="checkbox"/> じんましん	<input type="checkbox"/> 症状なし	<input type="checkbox"/> その他 ()		
◆ 花粉	<input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有	→	<input checked="" type="checkbox"/> スギ	<input type="checkbox"/> ヒノキ	<input type="checkbox"/> その他 (
アレルギーの症状 (複数選択可)						
<input type="checkbox"/> アナフィラキシー	<input type="checkbox"/> むくみ	<input checked="" type="checkbox"/> 目のかゆみ	<input checked="" type="checkbox"/> 鼻水	<input type="checkbox"/> くしゃみ		
<input type="checkbox"/> 息苦しさ	<input type="checkbox"/> じんましん	<input type="checkbox"/> 症状なし	<input type="checkbox"/> その他 ()		
◆ その他 ()
アレルギーの症状 (複数選択可)						
<input type="checkbox"/> アナフィラキシー	<input type="checkbox"/> むくみ	<input type="checkbox"/> 目のかゆみ	<input type="checkbox"/> 鼻水	<input type="checkbox"/> くしゃみ		
<input type="checkbox"/> 息苦しさ	<input type="checkbox"/> じんましん	<input type="checkbox"/> 症状なし	<input type="checkbox"/> 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： 2022 年 6 月 10 日

氏名： 国際 花子

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。

※問診票に加え、健康診断書、説明書 (PDF)もダウンロードし、よくお読みの上、医療機関で受診してください。

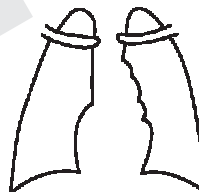
[本人記入欄] ※To be completed by the applicant. (2022年募集JICA海外協力隊選考用)

受験区分	氏名	ログインID
<input type="checkbox"/> 長期(春・秋)	フリガナ	
<input type="checkbox"/> 短期第()回		受験番号
<input type="checkbox"/> 一般案件 <input type="checkbox"/> シニア案件		

[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)	Sex (性別)	M / F
	生年月日 Date of birth	年 月 日 年齢 才 (Y) (M) (D) Age

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 単位を選択 : 10 ³ /mm ³ または /μℓ	Blood 潜血 - ± + 2+
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	
Visual Acuity 視力 ※裸眼必須	Ht ヘマトクリット %	Finding 所見:
<input type="checkbox"/> 裸眼(uncorrected) <input type="checkbox"/> 矯正(corrected)	Plt 血小板 10 ⁴ /mm ³	精査 要 / 不要
R 右	Bio-Chemistry 生化学 項目	
L 左		
Hearing 聴力	AST(GOT) U/L	
(1000Hz) (4000Hz)	ALT(GPT) U/L	
Rt 右 db	Triglyceride 脂質 mg/dl	
Lt 左 db	mg/dl	Atopic dermatitis アトピー所見
E.C.G 心電図	LDL mg/dl	Not found 無 / Found 有
normal 正常 / abnormal 異常	Creatinine mg/dl	Physical Findings 診察所見 Inspection/Auscultation/Palpation/Others
Finding 所見:	eGFR ml/min/1.73m ²	
	Uric acid 尿酸 mg/dl	Not found 無 / Found 有 Finding 所見:
	FBS 空腹時血糖 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。	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 (Y/M/D) (日付) 2022 / / Address(所在地)

Doctor's Name (医師名) Telephone (電話)

Name of Hospital (医療機関名)

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

選考用・健康診断書記入例

※全項目もれなく記入してください。
未記入項目があると、審査対象外となり不合格となります。

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

Name (受診者名)		Sex (性別) M / F		
生年月日 Date of birth		年 (Y)	月 (M) / 日 (D)	
		年齢 (Age)	才	
Physical Findings 身体所見		Hematology 血液学 ※全項目必須		
Height 身長	cm	ABO type 血液型	Protein 蛋白 <input type="radio"/> -	
Weight 体重	kg	Rh type Rh血液型		Glucose 糖 <input type="radio"/> - <input type="radio"/> ± <input type="radio"/> + <input type="radio"/> 2+
BMI 体格指数	[Wt(kg)/Ht(m) ²]	WBC 白血球		Blood 潜血 - <input type="radio"/> ± <input type="radio"/> + <input checked="" type="radio"/> 2+
Blood pressure 血压		赤血球	Chest X-Ray 胸部レントゲン ※Direct roentgenography 直接撮影で実施	
Abdominal circumference 腹囲		ヘモグロビン		normal 正常 / abnormal <input checked="" type="radio"/> 異常
Visual Acuity 視力		Plt 血小板	Finding 所見: 右上葉陰影	
裸眼 (uncorrected)	正 (corrected)	異常時: 精査 <input type="radio"/> 要 / <input type="radio"/> 不要		
R 右		Bio-Chemistry 生化学 ※全項目必須		
L 左		AST(GOT)	U/L	
Hearing 聴力		ALT(GPT)	U/L	
	(1000Hz)	γ-GTP	U/L	
Rt 右		Triglyceride 中性脂肪	mg/dl	
Lt 左		HDL	mg/dl	
E.C.G 心電図		LDL	mg/dl	
normal 正常 / abnormal <input checked="" type="radio"/> 異常		Creatinine	mg/dl	
Finding 所見:		eGFR	ml/min/ 1.73m ²	
異常や所見がある場合は、心電図を添付ください。		Uric acid 尿酸	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。		FBS 空腹時血糖	mg/dl	
		HbA1c	%	
Diagnosis 診察医判定		Physical Findings 診察所見 Inspection/Auscultation/Palpation/Others		
(Comment コメント)		Not found 無 / Found <input checked="" type="radio"/> 有		
上記のとおり		Finding 所見: ←		

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)

血液型も、自己申告ではなく、必ず医療機関で検査し記入ください。

月経日、月経直後を避けて検査してください。

0.1未満で、測定できない場合は「0.1未満」と記入ください。

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ください。

異常の場合、精査の要否は必須です。

聴力聴取可能なデシベル

異常や所見がある場合は、心電図を添付ください。

有の場合、所見は必須です。

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。

※転記の場合でも医療機関での転記が必要です。

※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：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. JICA 指定書式内すべての検査項目を実施し、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となります。

2. 記入の際には、黒または青のボールペンで記入してください。

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。眼鏡、コンタクトを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. 血液型も自己申告ではなく、必ず医療機関にて検査し記入してください。

6. 胸部レントゲンは直接撮影で行ってください。

7. 血液検査結果（原本、または複写）をご本人へお渡しください。

8. 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。

9. 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。

10. 健康診断書の診察医判定欄には純粹に総合所見のみを記入してください。

(派遣可否の記載は必要ありません。)

※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、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.** If not, the examinee will be failed of the selection.
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

募集期 ※要記入	<input type="checkbox"/> 2022 年長期 <input type="checkbox"/> 春 <input type="checkbox"/> 秋	<input type="checkbox"/> 2022 年度短期 第()回
氏名		受験番号 ※記入不要
生年月日	西暦 年 月 日	ログイン ID

★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。

<全員必須>

- 健康診断書・問診票の書式が JICA 所定の書式(選考用)である。
- 健康診断書・問診票いずれも記入漏れ等の不備がなく、原本で提出されている。
- 診断・検査を受けた医療機関が発行した領収書の記載事項を以下の内容で正しいと確認した。
 - 発行日
 - 金額
 - 宛名が受診者本人である
 - 発行機関名として、医療機関名、住所、及び領収印がある
- 領収書の原本である(注:コピーは支給対象とならない)。
- 明細書を同封している(同封できない場合は、領収書の但し書きに「診断料」等と明記されていること)。
- 領収書・明細書を下記の貼り付け位置に、のり付けしている。

<該当者のみ>

- 本紙では足りず、別紙がある場合、同用紙に氏名と生年月日、ログイン ID を記載する。
- 転記での提出の場合、医療機関にて転記されたものとする。この場合は転記料のみ補助の対象。追加項目の検査費用は自己負担のためこれにかかった金額は領収書に記入しない。

-(以下、貼り付け位置).....
- ① 領収証は貼り付け台紙 枚につき、.....を重ならないように貼り付けてください。
 - ② 領収証が A4 サイズの場合、.....に貼付せず同封して郵送してください。但しこの台紙の同封は必須です。
 - ③ 貼り付けスペースが足りない場合、別途白紙に貼付してください。紙の両面に貼り付けることはせず、片面のみに貼ってください。

※②、③の場合、用紙の右上に氏名、生年月日、ログイン ID を記入してください。