

2024 年 8 月 30 日

青年海外協力隊事務局

【2024 年秋募集への応募を検討されている皆様へ】

2024 年秋募集の健康診断書・問診票様式の公開

2024 年秋募集の健康診断書・問診票様式（参考）を別添資料のとおり公開します。必ず 2024 年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：2024 年 10 月 1 日から 10 月 31 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・問診票様式サンプル）

「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：2024年10月31日（木） 必着

応募期間外はご応募いただいたことにならず、補助の申請も出来ません。ご注意ください。

■提出物（印刷は全てA4、片面でお願いします）

① JICA 海外協力隊健康診断書類・提出確認シート

② 健康診断書 原本（JICA 指定書式 2024 年募集用）

※応募時に作成するマイページから様式がダウンロードできます。

※別様式では受理できませんので、必ず指定の様式をご提出ください。

※別途受診された健康診断の結果を転記する場合も必ずこの様式を使ってください。なお、その場合は、2024年7月3日（水）以降の健康診断結果が有効となります。

※病院で発行された血液検査結果（データ記録）があれば一緒に提出してください。なお、海外の医療機関で受診する場合はご提出が必須となります。

③ 問診票

※ウェブ上で回答いただき、回答完了後に印刷してください。

④ 領収書および明細書 原本（健康診断料補助の申請を希望される場合のみ）

※必ず「健康審査にかかる領収証貼付用台紙」あるいは別紙にはみ出さないように貼付して提出してください。折り込みや、表裏両面への貼付は厳禁です。A4 サイズの場合は貼付不要です。

※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。

⑤ 2024 年秋健康診断料立替払請求書

※別様式では受理できません。

必ず上記書類を揃え、一括で送付してください。（複数回に分けての送付は受理できません）
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。

なお健康審査係から、診断書や問診票の記入内容に関する問い合わせや、（一次合格後には）再検査等の指示がメールで届く場合があります。マイページに登録したメールアドレスに、健康審査係からの連絡が来ていないか数日おきに確認し、迅速にご対応ください。

■提出先・提出方法：

- ①郵送のみ受け付けます。送り先住所に持参いただいても受理できません。
(海外在住で、送付に不安がある場合は、青年海外協力隊事務局 選考・訓練課まで予めメールでご相談ください)
- ②最終ページにある宛先を切り取って封筒に貼ってください。また差出人の欄は、必ずご自身で記入してください。差出人住所が不明な場合は破棄させていただきます。
- ③郵送料は自己負担です。料金不足の場合は受領できません。必ず郵便局窓口等で料金確認をしてください。
- ④応募期間外に到着した場合は受領できません。また、JICA では到着のお問合せには一切お答えいたしません。できる限り、レターパックライト、レターパックプラス、簡易書留、特定記録等、配達状況が追跡できる手段を取り、配達記録にて到着の有無をご確認ください。JICA では郵送事故についての対応はできかねます。
- ⑤健康診断書類は返却できません。

■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 選考・訓練課宛)
(件名) 【2024 年秋募集 健康診断について】

問い合わせ前に必ずこちらから「よくある質問」をご確認ください

<https://faq.jica.go.jp/>



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：マイページログインIDが「abc2000001」の場合、ログインID番号は「2000001」)
- 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。自身で転記されたものは受理できません。
- 指定の健康診断書の全項目が漏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、審査対象外となり選考中止となります。
- 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て受診ください。
- 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。
- 健康診断書類一式は、提出前に必ずコピーをとってご自身で写を保管してください。記載事項について、選考期間中に照会させていただくことがあります。また合格後は健康診断書類に基づいてご自身の健康状態を把握し、各自で健康管理を行っていただきます。

- ご提出いただいた書類は一切返却できません。
- 可能な限り、健康診断書は1枚であることが望まれます。難しい場合に限り、複数枚の健康診断書を受け付けます。その場合、健康診断書2枚をホチキス止めの上、2つの病院で受診することになった理由についてご自身でメモ等の説明をつけて送付ください。なお健康診断書類提出後にJICAからの指示なく追加提出された書類は無効となります。

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選考中止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。また領収書・明細書を提出する際は、そちらにも日本語の訳をつけてください（ご自身で、付箋等で記入することで問題ありません）。

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」を押して応募を完了した健康診断書、問診票、領収書・明細書、請求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円を上限に補助ができます（5,000円未満は実費を補助します）。
- 補助を希望する方は、医療機関発行の領収書・明細書の原本を専用台紙「健康審査にかかる領収証貼付用台紙」に1枚ずつ貼り（折り込みおよび両面貼付不可、片面に1枚ずつ、折らずに貼り付けてください。A4サイズの場合は貼付不要）、健康診断書・問診票・請求書と一緒に郵送してください。
- 領収書は医療機関名、住所、医療機関印があることを確認してください。また、医療機関印がない場合はその理由をご自身又は医療機関にて、専用台紙「健康審査にかかる領収証貼付用台紙」に記載してください。
- 口座の登録は応募完了後のマイページよりご登録いただけます。なお、支払い先にご登録いただける口座は応募者本人の口座のみです。また、日本の金融口座を登録していない場合にはお支払いはできません。
- 原本と確認できない書類での提出や、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、郵送料等は補助の対象となりません。また転記の場合は、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補助の対象外です。
- 応募完了後に辞退された場合は補助の対象となりません。（登録者の方が選考途中でオファーを受けることになった場合も含まれます。）
- 「健康審査にかかる領収証貼付用台紙」の各項目をチェック☑し、ご自身で提出内容を確認のうえ、同封してください。

- 補助を希望する場合、2023年インボイス制度開始に伴い、請求書の提出が必須になりました。指定の2024年秋健康診断料立替払請求書を提出されない場合、お支払いはできません。なお、金額は5000円を上限にかかった費用を記入してください。
- 健康診断料の補助の支払いは、2025年4月以降となる見込みです。

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にも情報を共有する場合があります。

宛先貼付用：

↓↓切り取り↓↓

送り先住所： 〒100-0004 東京都千代田区大手町 1-4-1 竹橋合同ビル 7F 青年海外協力隊事務局 選考・訓練課 健康書類受付係
差出人住所： 〒
氏名：
電話番号：
JICA 海外協力隊 長期 一般案件 健康書類

※A4 片面で印刷のこと

氏名		ログイン ID	
生年月日	西暦	年 月 日	

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"/> 2024 年長期募集	<input type="checkbox"/> 2024 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（本紙）
- 健康診断書 原本（JICA 指定書式 2024 年募集用）
- 血液検査結果（病院で発行された検査結果がある場合。複写可）
- 問診票（JICA 指定書式 2024 年度募集用）
※マイページご案内の入力フォームに必要事項を入力して印刷してください

（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）
- 健康診断料立替払請求書

2. 提出先

「健康診断」の実施について をご確認ください。

3. 提出締切

2024 年 10 月 31 日（木）必着

※提出締切日以降に到着したものは、受領しません。

[本人記入欄] ※To be completed by the applicant.		(JICA海外協力隊2024年募集・選考用)			
受験区分		氏名			
<input type="checkbox"/> 長期 (春・秋) <input type="checkbox"/> 短期第 () 回 <input type="checkbox"/> 一般案件 <input type="checkbox"/> シニア案件		フリガナ			
		ログインID			
[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 年 月 日 年齢 才			
		Date of birth (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	normal 正常 / abnormal 異常			
Visual Acuity 視力 ※裸眼必須		Finding 所見:			
裸眼(uncorrected)	矯正(corrected)	異常時: 精査 要 / 不要			
R 右					
L 左					
Hearing 聴力				Atopic dermatitis アトピー所見	
(1000Hz)	(4000Hz)				
Rt 右 db	db	Triglyceride 中性脂肪 mg/dl			
Lt 左 db	db	HDL mg/dl			
E.C.G 心電図		LDL mg/dl			
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			
異常時: 精査 要 / 不要		Uric acid 尿酸 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					
(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)		Name of Hospital (医療機関名)			
(日付) 2024 / /		Address (所在地)			
Doctor's Name (医師名)		Telephone (電話)			

[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ください。
未記入項目があると、審査対象外で、不合格となります。

[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
Date of birth		Year (Y)	Month (M) / Day (D) / Age (Age)
Physical Findings 身体所見		Hematology 血液学 ※全項目必須	
Height 身長	kg	ABO type 血液型	Protein 蛋白
Weight 体重	kg	Rh type Rh血液型	Glucose 糖
BMI 体格指数	[Wt(kg)/Ht(m) ²]	WBC 白血球	Blood 潜血
Blood pressure 血压		Chest X-Ray 胸部レントゲン	
Abdominal circumference 腹囲		※Direct roentgenography 直接撮影で実施	
Visual Acuity 視力		Finding 所見: 右上葉陰影	
R 右	裸眼(uncorrected)	異常時: 精査 要 / 不要	
L 左	矯正(corrected)	異常の場合、 精査の要否は必須です。	
Hearing 聴力		Atopic dermatitis アトピー所見	
Rt 右	(1000Hz)	Not found 無 / Found 有	
Lt 左	(4000Hz)	Physical Findings 診察所見	
E.C.G 心電図		Inspection/Auscultation/Palpation/Others	
Finding 所見: normal 正常 / abnormal 異常		Finding 所見: Not found 無 / Found 有	
Diagnosis 診察医判定		Finding 所見:	
(Comment コメント)		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。また本人に、検査データを渡してください。

聴力聴取可能なデシベル

異常や所見がある場合は、検査の必要性の記入と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。

ログインID		氏名	
--------	--	----	--

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"/> 2024年長期	<input type="checkbox"/> 2024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	

※未記入項目があると書類不備扱いで不合格となります。記入例を事前に確認し、提出前にもご自身で今一度、記入内容を再確認してください。

また、書き損じた場合には、赤字で二重線を引き、修正してください（修正液や修正テープの使用は不可、訂正箇所への押印は不要です）。

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

※合格後は旅券発給の都合上、戸籍名が必要です。複数の情報を扱う選考における本人確認の都合上、提出物は全て戸籍上の氏名でお願いします。

【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。

□グインID		氏名	
--------	--	----	--

【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 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 カウンセリング有 (詳細 _____)
 医療機関受診有 ⇒ 問診票3ページ【2-1】①、4ページ【2-2】「手術を実施していない疾患について」に
 詳細をご記入ください。

- ⑥ **現在の**下記症状の有無にチェックをしてください。また、それに対する受診の有無についてもチェックをしてください。どちらかで「有」をチェックした方は、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。

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 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 or 減少	<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、便秘	<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。

□グインID		氏名	
--------	--	----	--

【2-1①】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。

(※【2-1①②】でチェックした場合は次ページ【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。(内服など医師からの処方があれば治療中に該当)

完治：これまでになかったことのある病気やけがで、現在は完治している。または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"/>	靭帯損傷
<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"/>	関節疾患
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	不整脈	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	部位 ()
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	心筋症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	腰痛症
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	弁膜症	<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"/>	大動脈疾患	<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"/>	先天性心疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	発達障害
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	川崎病	<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"/>	血圧異常 (高血圧・低血圧)	<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"/>	睡眠時無呼吸症候群	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	不安障害
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	結核	<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"/>	喘息	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	統合失調症
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	糖尿病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	不眠症
<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"/>	円錐角膜
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	高尿酸血症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	網膜剥離
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	痛風発作	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	緑内障
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	貧血	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	慢性中耳炎
<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"/>	副鼻腔炎
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	尿管結石	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	子宮筋腫
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	前立腺肥大	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	卵巣のう腫
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	腎炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	子宮内膜症
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	甲状腺疾患	<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"/>	リウマチ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	月経困難症
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	膠原病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	月経不順
<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"/>	顎関節症
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	肝炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	歯科矯正
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	□A型 □B型 □C型	<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"/>	□その他 ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	がん 病名： ()
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	胆石症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	その他① 病名： ()
<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"/>	その他② 病名： ()
<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③ 病名： ()
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	痔	<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		氏名	
--------	--	----	--

【2-1 ②】定期的なメンテナンスが必要、または、普段使用されている医療機器がある場合、医療機器名を記載してください。

※医療機器の例：CPAP、補聴器、ペースメーカーなど。

使用することとなった病気・目的、定期メンテナンスの間隔などの詳細は、次ページ【2-2】に必ず記載してください。

()

【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（ () ） 発症年齢（ () 歳 完治した年齢（ () 歳 ） 現在使用中の内服薬/外用薬 □ 無 □ 有 内服薬/外用薬名（ () ） 現在の通院の有無 □ 無 □ 有 「有」の場合：現在の通院間隔（ () ） 「無」の場合：最終通院歴（ () 年 () 月頃 ） 医師の指示や今後のフォロー状況等 ()	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 () 現在使用中の内服薬/外用薬 □ 無 □ 有 内服薬名/外用薬名（ () ） 通院の有無 □ 無 □ 有 現在の通院間隔（ () ）
病名（ () ） 発症年齢（ () 歳 完治した年齢（ () 歳 ） 現在使用中の内服薬/外用薬 □ 無 □ 有 内服薬/外用薬名（ () ） 現在の通院の有無 □ 無 □ 有 「有」の場合：現在の通院間隔（ () ） 「無」の場合：最終通院歴（ () 年 () 月頃 ） 医師の指示や今後のフォロー状況等 ()	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 () 現在使用中の内服薬/外用薬 □ 無 □ 有 内服薬名/外用薬名（ () ） 通院の有無 □ 無 □ 有 現在の通院間隔（ () ）
病名（ () ） 発症年齢（ () 歳 完治した年齢（ () 歳 ） 現在使用中の内服薬/外用薬 □ 無 □ 有 内服薬/外用薬名（ () ） 現在の通院の有無 □ 無 □ 有 「有」の場合：現在の通院間隔（ () ） 「無」の場合：最終通院歴（ () 年 () 月頃 ） 医師の指示や今後のフォロー状況等 ()	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 () 現在使用中の内服薬/外用薬 □ 無 □ 有 内服薬名/外用薬名（ () ） 通院の有無 □ 無 □ 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、追加印刷しご提出ください。

【3】飲酒・喫煙に関し、項目に必要な情報をチェックしてください。

①飲酒頻度 □ 1週間に4回以上 □ 1か月に1回以下	□ 1週間に2～3回 □ 飲まない（飲めない）	□ 1か月に2～4回
②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）／ウイスキーダブル1杯（60m l）／ワイン2杯（240m l）	
③喫煙 □ 現在吸っていない □ 現在吸っている → (本/日 年間) □ 過去に吸っていた → (本/日 年間)		

※[事務局使用欄↓] 記入しないでください。

□ GainID

氏名

【4】運動習慣に関して、項目に必要な情報を記入してください。

1日30分以上、週2回以上の運動習慣はありますか。

無

有 運動内容 () 期間 (約 年)

【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 無 有 → (食品名:)

アレルギーの症状 (複数選択可)

アフライキ-

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 → (薬剤名:)

アレルギーの症状 (複数選択可)

アフライキ-

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 → イヌ ネコ その他 ()

アレルギーの症状 (複数選択可)

アフライキ-

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 → スギ ヒノキ その他 ()

アレルギーの症状 (複数選択可)

アフライキ-

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)

アフライキ-

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。

※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。

□グインID	123456	氏名	
--------	--------	----	--

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 checked="" type="checkbox"/> 2024年長期	<input type="checkbox"/> 2024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	

※未記入項目があると書類不備扱いで不合格となります。記入例を事前に確認し、提出前にもご自身で今一度、記入内容を再確認してください。

また、書き損じた場合には、赤字で二重線を引き、修正してください（修正液や修正テープの使用は不可、訂正箇所への押印は不要です）。

フリガナ	コクサイ ハナコ	生年月日（西暦）		年齢	性別
氏名 ※戸籍上の氏	国際 花子	1986	年 1 月 28 日	37 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		

※合格後は旅券発給の都合上、戸籍名が必要です。複数の情報を扱う選考における本人確認の都合上、提出物は全て戸籍上の氏名でお願いします。

【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。

□グインID	123456	氏名	
--------	--------	----	--

【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 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)
 (2022) 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 カウンセリング有 (詳細 _____)
 医療機関受診有 ⇒ 問診票 3ページ【2-1】①、4ページ【2-2】「手術を実施していない疾患について」に
 詳細をご記入ください。
- ⑥ **現在の**下記症状の有無にチェックをしてください。また、それに対する受診の有無についても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。

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 or 減少	<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、便秘	<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	

※「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。

□グインID	123456	氏名	
--------	--------	----	--

【2-1 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 ①②】でチェックした場合は次ページ【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。(内服など医師からの処方治療中に該当)
完治：これまでに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"/>	靭帯損傷
<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"/>	関節疾患
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	不整脈				部位 ()
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	心筋症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	腰痛症
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	弁膜症	<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"/>	大動脈疾患	<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"/>	先天性心疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	発達障害
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	川崎病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	摂食障害 (拒食・過食)
<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"/>	うつ病・うつ状態
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	睡眠時無呼吸症候群	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	不安障害
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	結核	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	てんかん・脳波異常
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	喘息	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	統合失調症
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	糖尿病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	不眠症
<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"/>	円錐角膜
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	高尿酸血症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	網膜剥離
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	痛風発作	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	緑内障
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	貧血	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	慢性中耳炎
<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"/>	副鼻腔炎
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	尿管結石	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	子宮筋腫
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	前立腺肥大	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	卵巣のう腫
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	腎炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	子宮内膜症
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	甲状腺疾患	<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"/>	リウマチ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	月経困難症
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	膠原病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	月経不順
<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"/>	顎関節症
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	肝炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	歯科矯正
<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"/>	歯科インプラント
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	がん 病名： ()
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	胆石症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	その他① 病名： ()
<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"/>	その他② 病名： ()
<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③ 病名： ()
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	痔	<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

□グインID	123456	氏名	
--------	--------	----	--

【2-1 ②】定期的なメンテナンスが必要、または、普段使用されている医療機器がある場合、医療機器名を記載してください。

※医療機器の例：CPAP、補聴器、ペースメーカーなど。

使用することとなった病気・目的、定期メンテナンスの間隔などの詳細は、次ページ【2-2】に必ず記載してください。

()

現在使用している医療機器がある場合は必ず記載

【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 () 現在の通院の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 「有」の場合：現在の通院間隔 () 「無」の場合：最終通院歴 (1959 年 1 月頃) 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 (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 (10) 1錠朝内服) 現在の通院の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 「有」の場合：現在の通院間隔 (3か月に1回通院中) 「無」の場合：最終通院歴 () 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 () 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 () 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) 完治した年齢 () 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 () 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 () 現在の通院の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 「有」の場合：現在の通院間隔 () 「無」の場合：最終通院歴 () 医師の指示や今後のフォロー状況等 ()	完治した年齢 () 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、追加印刷しご提出ください。

【3】飲酒・喫煙に関し、項目に必要な情報をチェックしてください。

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 (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)

③喫煙
 現在吸っていない 現在吸っている → (本/日 年間) 過去に吸っていた → (本/日 年間)

【4】運動習慣に関して、項目に必要な情報を記入してください。

□グインID	123456	氏名	
--------	--------	----	--

1日30分以上、週2回以上の運動習慣はありますか。

無

有 運動内容 () 期間 (約 年)

【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 →	(食品名: 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 →	(薬剤名:)			
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 checked="" 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: 2024 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。

※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 選考・訓練課)

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粋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"/> 2024 年長期 <input type="checkbox"/> 春 <input type="checkbox"/> 秋	<input type="checkbox"/> 2024 年度短期 第()回
氏名		ログイン ID(数字)
生年月日	西暦 年 月 日	

★以下の口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。※A4 片面で印刷のこと。

- 封入した健康診断書・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ある。
- 領収書・明細書は原本である(注:コピーは支給対象とならない)。
- 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は以下の点を確認し、いずれも問題がない。
 - 発行日 金額 宛名が受診者本人名である
 - 発行機関名として、医療機関名、住所、及び領収印がある
- 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」「検査料」等と明記されている)。
- 領収書・明細書は A4 片面に印刷した本台紙または別紙の片面に1枚ずつのり付けした。領収書を折ったり、A4 からはみ出させていない。
- 領収書は医療機関名、住所、医療機関印がある。
(注:医療機関印がない場合はその理由をご自身又は医療機関にて本台紙に記載する)

<以下該当者のみ>

- 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。
- 転記の場合、医療機関にて転記されたものである(※この場合は転記料のみ補助の対象。追加項目の検査費は自己負担のため、これにかかった金額の領収書は提出しない)。

.....(以下 貼り付け位置。以下は糊付けで見えなくなっても問題ありません).....

- ① 貼り付け台紙 1 枚につき、1 枚の領収証のみ添付。複数枚重ねない、領収書を折らない。裏にも貼らないこと。
- ② 領収証・明細書が A4 サイズの場合は紙に貼付しなくて良い。但しこの台紙も同封のこと。

※②の場合、右上に氏名、生年月日、ログイン ID を記入してください。

2024 年長期秋 健康診断料 立替払請求書

提出日 年 月 日

独立行政法人国際協力機構
出納命令役 殿

ログイン ID: _____

氏名(フリガナ): _____

氏名(漢字): _____

金 _____ 円 也

上記金額を、健康診断料として立替払いいたしましたので請求いたします。(上限 5,000 円)
(注)選考時に届け出た銀行口座(本人名義のみ)に振り込まれます。

JICA 確認欄

請求書 領収証

JICA 決定金額 _____ 円