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。ご留意ください。

■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みます。）
- 「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	□2024 年長期募集	□2024 年度短期募集
募集期区分	□春　　□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	ログインID
□長期（ 春 ・ 秋 ） □短期第（ ）回 □一般案件 □シニア案件	フリガナ	

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

Health Record （健康診断書）

Name（受診者名）

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		
Height 身長	cm	
Weight 体重	kg	
BMI 体格指数	[Wt(kg)/Ht(m)^2]	
Blood pressure 血圧	/	mmHg
Abdominal circumference 腹囲	cm	

Visual Acuity 視力 ※裸眼必須		
	裸眼(uncorrected)	矯正(corrected)
R 右		
L 左		

Hearing 聴力		
	（1000Hz）	（4000Hz）
Rt 右	db	db
Lt 左	db	db

E.C.G 心電図

normal 正常 / abnormal 異常

Finding 所見:

異常時: 精査 要 / 不要

※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。

Hematology 血液学 ※全項目必須	
ABO type 血液型	
Rh type Rh血液型	
WBC 白血球 単位を選択 ：10^3/mm^3 または /μℓ	
RBC 赤血球	×10^4/mm^3
Hb ヘモグロビン	g/dl
Ht ヘマトクリット	%
Plt 血小板	×10^4/mm^3

Bio-Chemistry 生化学 ※全項目必須	
AST(GOT)	U/L
ALT(GPT)	U/L
γ-GTP	U/L
Triglyceride 中性脂肪	mg/dl
HDL	mg/dl
LDL	mg/dl
Creatinine	mg/dl
eGFR	ml/min/1.73m^2
Uric acid 尿酸	mg/dl
FBS 空腹時血糖	mg/dl
HbA1c	%

Urine 尿検査	
Protein 蛋白	－ ± ＋ 2＋
Glucose 糖	－ ± ＋ 2＋
Blood 潜血	－ ± ＋ 2＋

Chest X-Ray 胸部レントゲン
※Direct roentgenography 直接撮影で実施

normal 正常 / abnormal 異常

Finding 所見:

異常時: 精査 要 / 不要

Atopic dermatitis アトピー所見

Not found 無 / Found 有

Physical Findings 診察所見
Inspection/Auscultation/Palpation/Others

Not found 無 / Found 有

Finding 所見:

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)
（日付） 2024 ／ ／

Address（所在地）

Doctor's Name （医師名）

Telephone （電話）

SAMPLE

[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

生年月日 Date of birth 年 月 日 年齢 才 (Y) (M) (D) Age

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）

Physical Findings 身体所見	
Height 身長	＝ cm 印
Weight 体重	kg
BMI 体格指数	[Wt(kg)/Ht(m)^2]
Blood pressure 血圧	
Abdominal circumference 腹囲	

Visual Acuity 視力	裸眼(uncorrected)	矯正(corrected)
R 右		
L 左		

Hearing 聴力	（1000Hz）	（4000Hz）
Rt 右		db
Lt 左	db	db

聴力聴取可能なデシベル

E.C.G 心電図
normal 正常 / abnormal 異常
Finding 所見：
異常時： 精査 要 / 不要
※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。

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。

Hematology 血液学 ※全項目必須	
ABO type 血液型	
Rh type Rh血液型	
WBC 白血球	
単位を選択 ：10^3/mm^3 または /μℓ	
赤血球	
ヘモグロビン	
Ht ヘマトクリット	
Plt 血小板	

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。

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。

Bio-Chemistry 生化学 ※全項目必須	
AST(GOT)	U/L
ALT(GPT)	U/L
γ-GTP	U/L
Triglyceride 中性脂肪	mg/dl
HDL	mg/dl
LDL	mg/dl
Creatinine	mg/dl
eGFR	ml/min/1.73m^2
Uric acid 尿酸	mg/dl
FBS 空腹時血糖	mg/dl
HbA1c	%

Urin	
Protein 蛋白	−
Glucose 糖	− ± ＋ 2＋
Blood 潜血	− ± ＋ 2＋

月経日、月経直後を避けて検査してください。

Chest X-Ray 胸部レントゲン ※Direct roentgenography 直接撮影で実施
normal 正常 / abnormal 異常
Finding 所見： 右上葉陰影
異常時： 精査 要 / 不要

異常の場合、精査の要否は必須です。

Atopic dermatitis アトピー所見
Not found 無 / Found 有

Physical Findings 診察所見 Inspection/Auscultation/Palpation/Others
Not found 無 / Found 有
Finding 所見：

有の場合、所見は必須です。

Diagnosis 診察医判定

（Comment コメント）

上記のとお

Date (Y/M/D) 20 / /

（日付）

Doctor's Name（医師名）

Name of Hospital（医療機関名）

Address（所在地）

Telephone （電話）

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	JICA海外協力隊（長期派遣） 2024年秋募集
応募区分	一般案件

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			歳	
Tel		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。

SAMPLE

ログインID		氏名	

【1】以下の病気に関し情報を入力してください。

通院中：　病気や怪我で医療機関へ通院し、内服などの治療や処置、定期的な診察や検査を受けている。

既往：　これまでにかかったことのある病気や怪我で、治療を受けていたが医療機関の通院が終了している。

□該当項目なし

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

SAMPLE

ログインID		氏名	

通院中疾患	既往歴のある疾患
病名（ ） 発症年齢 （ ） 通院開始年月日 （ ） 通院間隔（ ） 現在使用中の内服薬/外用薬：□無 □有 内服薬/外用薬名（ ） 手術歴：□無 □有 手術を実施した年齢（ ） 手術名または手術の詳細 （ ）	病名（ ） 発症年齢 （ ） 治療が終了した年齢（ ） 治療内容（ ） 最終通院日：（ ） 手術歴： □無 □有 手術を実施した年齢（ ） 手術名または手術の詳細 （ ） 現在の症状：□無 □有
海外派遣中の予定（医師の指示）	
海外派遣中の通院： （間隔： ） ※任地での通院の必要性 海外派遣中の処方予定： （間隔： ） 海外派遣中の定期検査： （間隔： ） （検査内容： ） 内服薬/外用薬名を使用されている場合は赴任後どのように薬剤を入手されるのかご自身のお考えを記載ください 例）現地で入手できる薬剤を確認した上で主治医と相談 （ ）	

通院中疾患	既往歴のある疾患
病名（ ） 発症年齢 （ ） 通院開始年月日 （ ） 通院間隔（ ） 現在使用中の内服薬/外用薬：□無 □有 内服薬/外用薬名（ ） 手術歴：□無 □有 手術を実施した年齢（ ） 手術名または手術の詳細 （ ）	病名（ ） 発症年齢 （ ） 治療が終了した年齢（ ） 治療内容（ ） 最終通院日：（ ） 手術歴： □無 □有 手術を実施した年齢（ ） 手術名または手術の詳細 （ ） 現在の症状：□無 □有
海外派遣中の予定（医師の指示）	
海外派遣中の通院： （間隔： ） ※任地での通院の必要性 海外派遣中の処方予定： （間隔： ） 海外派遣中の定期検査： （間隔： ） （検査内容： ） 内服薬/外用薬名を使用されている場合は赴任後どのように薬剤を入手されるのかご自身のお考えを記載ください 例）現地で入手できる薬剤を確認した上で主治医と相談 （ ）	

SAMPLE

通院中疾患	既往歴のある疾患
病名（ ） 発症年齢 （ ） 通院開始年月日 （ ） 通院間隔（ ） 現在使用中の内服薬/外用薬：□無 □有 内服薬/外用薬名（ ） 手術歴：□無 □有 手術を実施した年齢（ ） 手術名または手術の詳細 （ ）	病名（ ） 発症年齢 （ ） 治療が終了した年齢（ ） 治療内容（ ） 最終通院日：（ ） 手術歴： □無 □有 手術を実施した年齢（ ） 手術名または手術の詳細 （ ） 現在の症状：□無 □有
海外派遣中の予定（医師の指示）	
海外派遣中の通院： （間隔： ） ※任地での通院の必要性 海外派遣中の処方予定： （間隔： ） 海外派遣中の定期検査： （間隔： ） （検査内容： ） 内服薬/外用薬名を使用されている場合は赴任後どのように薬剤を入手されるのかご自身のお考えを記載ください 例）現地で入手できる薬剤を確認した上で主治医と相談 （ ）	

ログインID		氏名	

【２】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 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（医療機関の処方薬は除く）
□無　　□有　　（詳細：）
② 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：）（期間：）
③　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。該当する項目にチェックをしてください。
□無　　□カウンセリング有　詳細（）
□医療機関受診有

医療機関受診の詳細について	
病名	（　）
発症年齢	（　）
治療が終了した年齢	（　）
治療内容	（　）
最終通院日	（　）

④通院中以外の現在気になる症状が有る場合はチェックをしてください。
症状をチェックした方は、「気になる自覚症状の詳細について」を記載してください。
□頭痛 □めまい □胸の痛み □動悸 □息切れ □咳 □しびれ □腰痛 □腹痛 □下痢、便秘 □月経不順
□緊張感 □不安感 □疲労感 □不眠 □むくみ □体重増加 □体重減少 □食欲不振 □その他 □該当なし

現在気になる症状		現在気になる症状	
気になる自覚症状の詳細について		気になる自覚症状の詳細について	
自覚症状（ ） 日常生活に支障をきたしますか？ □はい □いいえ 日常生活でどのように対応されていますか 例）市販薬 （ ） 医療機関の受診歴がある場合、医師からのコメントをご記載ください。 医師からのコメント：（ ）		自覚症状（ ） 日常生活に支障をきたしますか？ □はい □いいえ 日常生活でどのように対応されていますか 例）市販薬 （ ） 医療機関の受診歴がある場合、医師からのコメントをご記載ください。 医師からのコメント：（ ）	
現在気になる症状		現在気になる症状	
気になる自覚症状の詳細について		気になる自覚症状の詳細について	
自覚症状（ ） 日常生活に支障をきたしますか？ □はい □いいえ 日常生活でどのように対応されていますか 例）市販薬 （ ） 医療機関の受診歴がある場合、医師からのコメントをご記載ください。 医師からのコメント：（ ）		自覚症状（ ） 日常生活に支障をきたしますか？ □はい □いいえ 日常生活でどのように対応されていますか 例）市販薬 （ ） 医療機関の受診歴がある場合、医師からのコメントをご記載ください。 医師からのコメント：（ ）	
現在気になる症状		現在気になる症状	
気になる自覚症状の詳細について		気になる自覚症状の詳細について	
自覚症状（ ） 日常生活に支障をきたしますか？ □はい □いいえ 日常生活でどのように対応されていますか 例）市販薬 （ ） 医療機関の受診歴がある場合、医師からのコメントをご記載ください。 医師からのコメント：（ ）		自覚症状（ ） 日常生活に支障をきたしますか？ □はい □いいえ 日常生活でどのように対応されていますか 例）市販薬 （ ） 医療機関の受診歴がある場合、医師からのコメントをご記載ください。 医師からのコメント：（ ）	

SAMPLE

ログインID		氏名	

【3】飲酒・喫煙・運動習慣に関し、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）
【清酒１合（180ｍｌ）の目安】
ﾋﾞｰﾙ中瓶1本（約500ｍｌ）／焼酎35度（80ｍｌ）／ｳｨｽｷｰﾀﾞﾌﾞﾙ1杯（60ｍｌ）／ﾜｲﾝ2杯（240ｍｌ）
□4合以上
□2～4合未満
□1～2合未満
□1合未満(飲まない含む)

①喫煙
⇒（　）本／日　（　）年間
□現在吸っている⇒（　）本／日　（　）年間
□過去に吸っていた

④運動習慣
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（ ）

【4】それぞれのアレルギーに対し、必ずお答えください。
・アレルギー症状を引きお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。
・アナフィラキシーは医師からの診断を受けた場合のみ選択してください。
※ 卵、ゼラチン、その他食物、薬品、ラテックス（ゴム）、アルコール消毒なども忘れず申告するようにしてください。

①医師からアナフィラキシーの診断を受けたことがある
□無
□有⇒（アレルギー物質（具体的に）：）
□エピペンを処方されている
アレルギーの症状（複数選択可）
□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 （）

②アセトアミノフェンのアレルギーの診断を受けたことがある　□無 □有
アレルギーの症状（複数選択可）
□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 （）

③その他アレルギー
□無
□有 ⇒ □食品 （食品名：）
アレルギーの症状（複数選択可）
□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 （薬剤名：）
アレルギーの症状（複数選択可）
□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 （）
⇒ □イヌ・ネコ・ハチ
アレルギーの症状（複数選択可）
□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
アレルギーの症状（複数選択可）
□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）
□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 （）

SAMPLE

2024/10/04

ログインID	A003	氏名	デモ サン

問診票

記載例

JICA海外協力隊

募集期	JICA海外協力隊（長期派遣） 2024年秋募集
応募区分	一般案件

空欄の場合は
直接記載
してください

フリガナ	デモ サン	生年月日(西暦)	年齢	性別
氏名 ※戸籍上の 氏名に限る	デモ サン	[redacted]	[redacted]	男性
Tel	[redacted]	E-mail	[redacted]	

【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。

2024/10/04

ログインID	A003	氏名	デモ サン

【1】以下の病気に関し情報を入力してください。

通院中：　病気や怪我で医療機関へ通院し、内服などの治療や処置、定期的な診察や検査を受けている。

既往：　これまでにかかったことのある病気や怪我で、治療を受けていたが医療機関の通院が終了している。

□該当項目なし

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

2024/10/04

ログインID	A003	氏名	デモ サン

通院中疾患	既往歴のある疾患
病名（高血圧） 発症年齢 （36歳） 通院開始年月日 （1985年2月1日頃） 通院間隔（3か月毎） 現在使用中の内服薬/外用薬：□無 ■有 内服薬/外用薬名（アダラートCR(10) 1錠 内服） 手術歴：■無 □有 手術を実施した年齢（） 手術名または手術の詳細 （）	病名（小児喘息） 発症年齢 （10歳頃） 治療が終了した年齢（10歳頃） 治療内容（吸入ステロイド薬を使用） 最終通院日：（1959年1月頃） 手術歴： ■無 □有 手術を実施した年齢（） 手術名または手術の詳細 （） 現在の症状：■無 □有
海外派遣中の予定（医師の指示）	
海外派遣中の通院：□無 ■有 （間隔：3か月毎） ※任地での通院の必要性 海外派遣中の処方予定：□無 ■有 （間隔：3か月毎） 海外派遣中の定期検査：□無 ■有 （間隔：3か月毎 ） （検査内容：自己測定継続、定期通院指示） 内服薬/外用薬名を使用されている場合は赴任後どのように薬剤を入手されるのかご自身のお考えを記載ください 例）現地で入手できる薬剤を確認した上で主治医と相談 （現地で入手できる薬剤を確認した上で主治医と相談）	

通院中疾患	既往歴のある疾患
病名（胆石症） 発症年齢 （36歳） 通院開始年月日 （1985年1月） 通院間隔（経過観察中 次回の通院で終了予定） 現在使用中の内服薬/外用薬：■無 □有 内服薬/外用薬名（） 手術歴：□無 ■有 手術を実施した年齢（36歳） 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）） **海外派遣中の予定（医師の指示）** 海外派遣中の通院：■無 □有 （間隔：） ※任地での通院の必要性 海外派遣中の処方予定：■無 □有 （間隔：） 海外派遣中の定期検査：■無 □有 （間隔： ） （検査内容：） 内服薬/外用薬名を使用されている場合は赴任後どのように薬剤を入手されるのかご自身のお考えを記載ください 例）現地で入手できる薬剤を確認した上で主治医と相談 （内服なし）	病名（ ） 発症年齢 （ ） 治療が終了した年齢（ ） 治療内容（ ） 最終通院日：（ ） 手術歴： □無 □有 手術を実施した年齢（ ） 手術名または手術の詳細 （ ） 現在の症状：□無 □有

通院中疾患	既往歴のある疾患
病名（ ） 発症年齢 （ ） 通院開始年月日 （ ） 通院間隔（ ） 現在使用中の内服薬/外用薬：□無 □有 内服薬/外用薬名（ ） 手術歴：□無 □有 手術を実施した年齢（ ） 手術名または手術の詳細 （ ） **海外派遣中の予定（医師の指示）** 海外派遣中の通院： （間隔： ） ※任地での通院の必要性 海外派遣中の処方予定： （間隔： ） 海外派遣中の定期検査： （間隔： ） （検査内容： ） 内服薬/外用薬名を使用されている場合は赴任後どのように薬剤を入手されるのかご自身のお考えを記載ください 例）現地で入手できる薬剤を確認した上で主治医と相談 （ ）	病名（ ） 発症年齢 （ ） 治療が終了した年齢（ ） 治療内容（ ） 最終通院日：（ ） 手術歴： □無 □有 手術を実施した年齢（ ） 手術名または手術の詳細 （ ） 現在の症状：□無 □有

2024/10/04

ログインID	A003	氏名	デモ サン

【２】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 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（医療機関の処方薬は除く）
■無　　□有　　（詳細：）
② 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：）（期間：）
③　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。該当する項目にチェックをしてください。
■無　　カ□ウンセリング有　詳細（）
□医療機関受診有

医療機関受診の詳細について	
病名	（　）
発症年齢	（　）
治療が終了した年齢	（　）
治療内容	（　）
最終通院日	（　）

④通院中以外の現在気になる症状が有る場合はチェックをしてください。
症状をチェックした方は、「気になる自覚症状の詳細について」を記載してください。
■頭痛 □めまい □胸の痛み □動悸 □息切れ □咳 □しびれ □腰痛 □腹痛 □下痢、便秘 □月経不順
□緊張感 □不安感 □疲労感 □不眠 □むくみ □体重増加 □体重減少 □食欲不振 □その他 □該当なし

現在気になる症状	頭痛	現在気になる症状	
気になる自覚症状の詳細について		気になる自覚症状の詳細について	
自覚症状（鈍痛が１日続く） 日常生活に支障をきたしますか？ □はい ■いいえ 日常生活でどのように対応されていますか 例）市販薬 （頻度は月1回程度で市販の鎮痛薬で改善。） 医療機関の受診歴がある場合、医師からのコメントをご記載ください。 医師からのコメント：（）		自覚症状（ ） 日常生活に支障をきたしますか？ □はい □いいえ 日常生活でどのように対応されていますか 例）市販薬 （ ） 医療機関の受診歴がある場合、医師からのコメントをご記載ください。 医師からのコメント：（ ）	
現在気になる症状		現在気になる症状	
気になる自覚症状の詳細について		気になる自覚症状の詳細について	
自覚症状（ ） 日常生活に支障をきたしますか？ □はい □いいえ 日常生活でどのように対応されていますか 例）市販薬 （ ） 医療機関の受診歴がある場合、医師からのコメントをご記載ください。 医師からのコメント：（ ）		自覚症状（ ） 日常生活に支障をきたしますか？ □はい □いいえ 日常生活でどのように対応されていますか 例）市販薬 （ ） 医療機関の受診歴がある場合、医師からのコメントをご記載ください。 医師からのコメント：（ ）	
現在気になる症状		現在気になる症状	
気になる自覚症状の詳細について		気になる自覚症状の詳細について	
自覚症状（ ） 日常生活に支障をきたしますか？ □はい □いいえ 日常生活でどのように対応されていますか 例）市販薬 （ ） 医療機関の受診歴がある場合、医師からのコメントをご記載ください。 医師からのコメント：（ ）		自覚症状（ ） 日常生活に支障をきたしますか？ □はい □いいえ 日常生活でどのように対応されていますか 例）市販薬 （ ） 医療機関の受診歴がある場合、医師からのコメントをご記載ください。 医師からのコメント：（ ）	

2024/10/04

ログインID	A003	氏名	デモ サン

【3】飲酒・喫煙・運動習慣に関し、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）
【清酒１合（180ｍｌ）の目安】
ﾋﾞｰﾙ中瓶1本（約500ｍｌ）／焼酎35度（80ｍｌ）／ｳｨｽｷｰﾀﾞﾌﾞﾙ1杯（60ｍｌ）／ﾜｲﾝ2杯（240ｍｌ）
□4合以上
□2～4合未満
□1～2合未満
■1合未満(飲まない含む)

①喫煙
□現在吸っている⇒（　）本／日　（　）年間
□過去に吸っていた⇒（　）本／日　（　）年間
■吸ったことがない

④運動習慣
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（ ）

【4】それぞれのアレルギーに対し、必ずお答えください。
・アレルギー症状を引きお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。
・アナフィラキシーは医師からの診断を受けた場合のみ選択してください。
※ 卵、ゼラチン、その他食物、薬品、ラテックス（ゴム）、アルコール消毒なども忘れず申告するようにしてください。

①医師からアナフィラキシーの診断を受けたことがある
□無
■有⇒（アレルギー物質（具体的に）：甲殻類（エビ・カニ））
■エピペンを処方されている
アレルギーの症状（複数選択可）
□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 （）

②アセトアミノフェンのアレルギーの診断を受けたことがある
■無 □有
アレルギーの症状（複数選択可）
□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 （）

③その他アレルギー
□無
■有 ⇒ □食品 （食品名：）
アレルギーの症状（複数選択可）
□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 （薬剤名：）
アレルギーの症状（複数選択可）
□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 （）
⇒ □イヌ・ネコ・ハチ
アレルギーの症状（複数選択可）
□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
アレルギーの症状（複数選択可）
■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）
□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 （）

※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にお願いいたします。

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	□2024 年長期　　□2024 年度短期 □春　　□秋　　第（　　）回		
氏名		ログイン ID(数字)	
生年月日	西暦　　年　　月　　日		

★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。※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<u>片面に1枚ずつ</u>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 <u>1 枚につき、1 枚の領収証</u>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。

<u>※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。</u>

SAMPLE

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。

SAMPLE

－－－