

2025 年 9 月 1 日
青年海外協力隊事務局

【2025 年秋募集への応募を検討されている皆様へ】
2025 年秋募集の健康診断書・問診票様式の公開

2025 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 2025 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。

健康審査書類提出受付期間：2025 年 9 月 12 日～（金）から 10 月 14 日（火）まで（必着）

以上

別添資料「健康審査の実施について」（健康診断書・問診票様式サンプル）

健康審査の実施について

健康診断は JICA 所定の健康診断書様式を用いて受診し、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

■提出締切日：2025 年 10 月 14 日（火）必着

応募期間（2025 年 9 月 12 日（金）～10 月 14 日（火））外に書類が到着した場合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（全て A4 片面印刷）

<必須>

- ① JICA 海外協力隊健康審査書類・提出確認シート（2025 年秋募集）
- ② 健康診断書 原本（2025 年秋募集）
- ③ 問診票（2025 年秋募集）

<任意>

- ④ 選考時健康診断の領収証貼付用台紙（2025 年秋募集）
 - ※ 健康診断料補助を希望される場合のみ提出。
 - ※ 領収証および明細書の原本を添付
- ⑤ 健康診断料立替払請求書（2025 年秋募集）
 - ※ 健康診断料補助を希望される場合のみ提出。
- ⑥ 血液検査結果
 - ※ 日本国内の病院で発行された検査結果がある場合は提出。
 - ※ 所定の様式はありません。
 - ※ 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。また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。

■提出方法・郵送先：

- ・ 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、下記、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）
- ・ 必ず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。）
- ・ 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。
- ・ 差出人氏名の欄にマイページのログインIDを必ず記載してください。なお、健康診断書や問診票のIDが異なる場合、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）。健康診断書、問診票、web応募完了のIDがログインIDに統一されていない場合、応募完了とみなされない場合があります。

- ・海外から送付する場合、最終ページの英語の宛先を記載してください。この宛先以外を書く
と期日までに届かない可能性があり、応募完了とみなされない場合があります。また、最終
ページにある日本語の宛先も封筒の裏等に貼ってください（利用するサービスのルールで貼
り付けが禁止されている場合、不要です）。
- ・郵送料は自己負担です。料金不足の場合は差出人宛に返却します。必ず郵便局窓口等で料金
確認をしてください。
- ・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。
- ・応募期間中に提出が間に合わない場合は、既にマイページで応募完了としている場合も応募
未完了扱いとなります。
- ・健康審査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) 【2025 年秋募集健康審査について】

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. 書類の詳細および注意事項

■健康診断書

- 様式は応募時に作成するマイページからダウンロードできます。
※マイページのログインID 番号は、ID（下7桁数字）です。
(例：マイページログインIDが「abc2000001」の場合、ID 番号は「2000001」)
- 別様式では受理できません。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ご使用ください。
- 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。後述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。
- 転記の場合は、2025 年 6 月 14 日（土）以降に受診した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。
- 海外で受診される場合は、健康診断書および血液検査結果（データ記録）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。
- 健康診断書の全項目が漏れなく記入されているか等、提出前に必ずご自身で確認してくださ

い。厳封されている場合は健康診断書を開封しご確認ください。未記入項目があると、審査ができず、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。
- 健康審査書類一式は、提出（郵送）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。また合格後は健康審査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。
- 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が、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。また、2 枚目の診断書にも受診日、医療機関名、医師の氏名等の記載漏れがないか確認してください。なお、健康審査書類提出後に 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。

■問診票

- 2025 年 9 月 11 日以前にマイページを作成されている方は 9 月 12 日に、9 月 12 日以降にマイページを作成された方は作成日の翌日以降に『JICA 海外協力隊 健康診断問診システム登録のお知らせ』が届きます。（発信元：wellness-support-tools@abr-net.com）メールには健康診断問診システムの URL および ID、パスワードが記載されておりますので、URL よりアクセスし、問診票の設問にご回答ください。
- 入力完了後は問診票が PDF にて出力されますので、印刷の上ご提出ください。
- 万が一修正が必要になった場合は、下記宛てに修正内容をご連絡ください。ご連絡いただいた修正内容も踏まえて健康審査いたします。なお、問診票のデータはシステム上では修正されませんが修正未反映の問診票にてご提出いただいても問題ありません。

JICA 海外協力隊 健康診査係（株式会社トラメディック）

メールアドレス： Jica-tramedic@medi-s.net

件名：問診票の修正（マイページ ID 番号記載）

ご連絡内容：

①氏名／②マイページ ID 番号／③応募区分（長期一般、長期シニア／連携派遣／短期、等）／④修正箇所（修正前／修正後）

■領収証および明細書、健康診断料立替払請求書

- 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、健康診断書、問診票、領収証および明細書、健康診断料立替払請求書を郵送にて提出された方は、JICA の規定に基づき、健康診断料の補助として 5,000 円を上限に支給します（5,000 円未満は実費を補助しま

す)。

- 「選考時健康診断の領収証貼付用台紙」に、医療機関発行の領収証および明細書の原本を1枚ずつ(片面に1枚ずつ、折らずに)貼り付けてください。複数枚の場合は、2枚以降、A4白紙に貼付してください。なお、すでにA4サイズの場合は貼付不要です。「選考時健康診断の領収証貼付用台紙」以外の書類は、余白にIDと氏名を記載してください。
- 領収証は宛名が個人名であり、医療機関名および医療機関印があることを確認してください。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、「選考時健康診断の領収証貼付用台紙」に記載してください。
- レシート(「領収証」と記載がない)やクレジットカード売上票は領収証の代用となりません。
- 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。
- 転記の場合は、転記料のみが補助の対象となります。転記時に検査項目が網羅できず、追加で行った検査費用は補助の対象外です。
- 「選考時健康診断の領収証貼付用台紙」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。
- 健康診断料立替払請求書の金額は、5,000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、2026年5月頃となる見込みです。
- 領収証および明細書が日本語以外の場合は、日本語の訳をつけてください(ご自身による付箋等への記入で問題ありません)。

■その他

- 書類不備の場合の連絡はいたしません。
- 口座の登録は応募時のマイページよりご登録いただきます。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ができません。
- 応募完了後から選考期間中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。)
- 健康診査係から、診断書や問診票の記入内容に関する問い合わせや、再検査等の依頼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、健康診査係からの連絡が来ていないか定期的に確認し、迅速にご対応ください。
- 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 安全管理部健康管理室、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。

以 上

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：

ログイン ID：

電話番号：

JICA 海外協力隊 2025 年秋募集
健康審査書類

英語宛先：

Secretariat of JOCV, JICA

Takebashi Godo Building 7F

1-4-1 Otemachi, Chiyoda-ku, Tokyo

100-0004 Japan

※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		

募集期	2025 年秋募集
応募区分	☐ 一般案件 ☐ シニア案件

JICA 海外協力隊健康審査書類・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 海外協力隊健康審査書類・提出確認シート（本紙）

☐ 健康診断書 原本（2025 年秋募集）

☐ 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）

※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。また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。

☐ 問診票（2025 年秋募集）

※問診票入力のご案内メールから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）

☐ 選考時健康診断の領収証貼付用台紙（医療機関の領収証および明細書貼付済のもの）

☐ 健康診断料立替払請求書（2025 年秋募集）

2. 提出先

「健康審査の実施について」をご確認ください。

3. 提出締切

2025 年 10 月 14 日（火）必着

※提出締切日以降に到着したものは、受領しません。

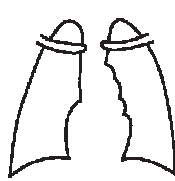
選考用・健康診断書記入

※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。

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

受験区分 2025年秋募集 □一般案件 □シニア案件 ※どちらかにチェックを入れて下さい	氏名 フリガナ	ログインID
---	------------	--------

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

修正する場合は、二重線を引いて、押印してください。				Health Record (健康診断書)				月経日、月経直後を避けて検査してください。			
Name (受診者名)				Sex (性別) M / F				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。			
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				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			
				単位を選択 : 10 ³ /mm ³ または /μl							
Blood pressure 血圧 / mmHg				RBC 赤血球 ×10 ⁴ /mm ³				Chest X-Ray 胸部レントゲン ※Direct roentgenography 直接撮影で実施			
Abdominal circumference 腹囲 cm				Hb ヘモグロビン g/dl				normal 正常 / abnormal 異常			
Visual Acuity 視力 ※裸眼必須				Ht ヘマトクリット %				Finding 所見: 右上葉陰影			
裸眼 (uncorrected) 矯正 (corrected)				Plt 血小板 ×10 ⁴ /mm ³				異常時: 精査 要 / 不要			
R 右				Bio-Chemistry 生化学 ※全項目必須				 異常の場合、精査の要否は必須です。			
L 左				AST(GOT) U/L							
				ALT(GPT) U/L							
				γ-GTP U/L							
Hearing 聴力				Triglyceride 中性脂肪 mg/dl				Atopic dermatitis アトピー所見			
(1000Hz) (4000Hz)				HDL mg/dl				Not found 無 / Found 有			
Rt 右 db db				LDL mg/dl							
Lt 左 db db				Creatinine mg/dl							
E.C.G 心電図				eGFR ml/min/1.73m ²				Physical Findings 診察所見 Inspection/Auscultation/Palpation/Others			
normal 正常 / abnormal 異常				Uric acid 尿酸 mg/dl				Not found 無 / Found 有			
Finding 所見:				FBS 空腹時血糖 mg/dl				Finding 所見:			
異常時: 精査 要 / 不要				HbA1c %							
※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。											
Diagnosis 診察医判定 (Comment コメント)				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。							
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)				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。			
Date (Y/M/D) 2025 / /				Address (所在地)							
(Health certificate issued date/ 健康診断書作成日)				Doctor's Name (医師名)							
				Telephone (電話)							

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

聴力聴取可能なデシベルの記入をお願いします。

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、検査結果の単位と診断書の単位が異なる場合や海外医療機関の場合は、血液検査の結果データ (単位と基準値が併記されている) を本人に渡してください。

有の場合、所見は必須です。

問診票

JICA海外協力隊

募集期	JICA海外協力隊（長期派遣） 2025年秋募集
-----	--------------------------

フリガナ	*** **	生年月日（西暦）	年齢	性別
氏名 ※戸籍上の 氏名に限る	*** **	**** 年 ** 月 ** 日	** 歳	*
電話番号	***-***-****	E-mail	*****@**	

【個人情報の取り扱いについて】

合格され派遣が決定した場合には、ご提出いただいた健康に係る書類を、JICA安全管理部健康管理室、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共有いたします。また、海外旅行保険会社とも必要に応じて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。

派遣国の医療事情によっては定期的な通院、検査ができない場合があります。派遣期間中に必要な診察・治療についてはご自身で主治医と確認および相談をしてください。

【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	☐	☐	痔
☐	☐	脳出血	☐	☐	靱帯損傷
☐	☐	冠動脈疾患（心筋梗塞・狭心症）	☐	☐	部位（ ）
☐	☐	不整脈	☐	☐	関節疾患
☐	☐	心筋症	☐	☐	部位（ ）
☐	☐	弁膜症	☐	☐	腰痛症
☐	☐	大動脈疾患	☐	☐	椎間板ヘルニア
☐	☐	先天性心疾患	☐	☐	自律神経失調症
☐	☐	川崎病	☐	☐	発達障害
☐	☐	血圧異常（高血圧・低血圧）	☐	☐	摂食障害（拒食・過食）
☐	☐	睡眠時無呼吸症候群	☐	☐	うつ病・うつ状態
☐	☐	結核	☐	☐	不安障害
☐	☐	喘息	☐	☐	てんかん・脳波異常
☐	☐	糖尿病	☐	☐	統合失調症
☒	☐	脂質異常症（高脂血症）	☐	☐	不眠症
☐	☐	高尿酸血症	☐	☐	円錐角膜
☐	☐	痛風発作	☐	☐	網膜剥離
☐	☐	貧血	☐	☐	緑内障
☐	☐	アトピー性皮膚炎	☐	☐	慢性中耳炎
☐	☐	尿管結石	☐	☐	副鼻腔炎
☐	☐	腎結石	☐	☐	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）※無症候症キャリアを含む	☐	☐	歯科インプラント
☐	☐	肝炎（C型）※無症候症キャリアを含む	☐	☐	がん 病名：（ ）
☐	☐	肝炎（その他）	☐	☐	その他① 病名：（ ）
☐	☐	胆石症	☐	☐	その他② 病名：（ ）
☐	☐	潰瘍性大腸炎・クローン病	☐	☐	その他③ 病名：（ ）
☐	☐	大腸ポリープ	☐	☐	その他④ 病名：（ ）

通院中の疾患		既往歴のある疾患	
病名（高脂血症） 発症年齢（30歳） 通院開始（2023年 11月 9日頃） 通院間隔（6か月毎） 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（）歳 手術名または手術の詳細（）		※手術には、内視鏡的治療（例：胃のポリープ切除）も含まれます 病名（脳梗塞） 発症年齢（22）歳 治療が終了した年齢（29）歳 治療内容：（薬物治療） 最終通院（2018年 7月）頃 手術歴： ■ 無 □ 有 手術を実施した年齢（）歳 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 海外派遣中の通院の必要性 ■ 無 □ 有（間隔： 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： か月毎） 海外派遣中の定期検査 ■ 無 □ 有（間隔： か月毎） （検査内容：）			
ご自身の考え 派遣中の薬剤の入手方法 （2年分の薬を処方してもらえるか確認する。処方難しい場合は海外で手に入る薬剤を主治医に確認し、派遣時は診断書も持参する。）			
通院中の疾患		既往歴のある疾患	
病名（） 発症年齢（）歳 通院開始年月日（年 月 日頃） 通院間隔（か月毎） 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（）歳 手術名または手術の詳細（）		病名（） 発症年齢（）歳 治療が終了した年齢（）歳 治療内容：（） 最終通院（年 月）頃 手術歴： □ 無 □ 有 手術を実施した年齢（）歳 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 海外派遣中の通院の必要性 □ 無 □ 有（間隔： 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： か月毎） 海外派遣中の定期検査 □ 無 □ 有（間隔： か月毎） （検査内容：）			
ご自身の考え 派遣中の薬剤の入手方法 （）			
通院中の疾患		既往歴のある疾患	
病名（） 発症年齢（）歳 通院開始年月日（年 月 日頃） 通院間隔（か月毎） 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（）歳 手術名または手術の詳細（）		病名（） 発症年齢（）歳 治療が終了した年齢（）歳 治療内容：（） 最終通院（年 月）頃 手術歴： □ 無 □ 有 手術を実施した年齢（）歳 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 海外派遣中の通院の必要性 □ 無 □ 有（間隔： 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： か月毎） 海外派遣中の定期検査 □ 無 □ 有（間隔： か月毎） （検査内容：）			
ご自身の考え 派遣中の薬剤の入手方法 （）			

【2】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 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： 30 歳頃）（期間： 10日間）
- 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。
 医療機関受診有にチェックした方は、「医療機関受診の詳細について」を記載してください。
☒ 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（ ）歳
治療が終了した年齢（ ）歳
治療内容：（ ）
最終通院日：（ 年 月 ）

- 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。

現在気になる症状

- ☐ 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	むくみ	現在気になる症状	むくみ
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（夕方足がむくむ） 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：（ ）	

※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、書類不備のため選考中止となります。

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. 血液検査データ（コピー可）がある場合は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.

選考時健康診断の領収証貼付用台紙

募集期	2025年秋募集		
氏名		ログインID	

※A4片面で印刷してください。

必ず送付前に以下の項目を確認し、□にチェックしてください。

(申請書類に不備がある場合、補助対象となりません。)

☐ 領収証および明細書は**原本**であり、領収証の記載事項は以下の点に漏れないことを確認している。

☐ 発行日 ☐ 金額 ☐ 宛名は受診者本人名 ☐ 医療機関名、住所、及び領収印がある

(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)

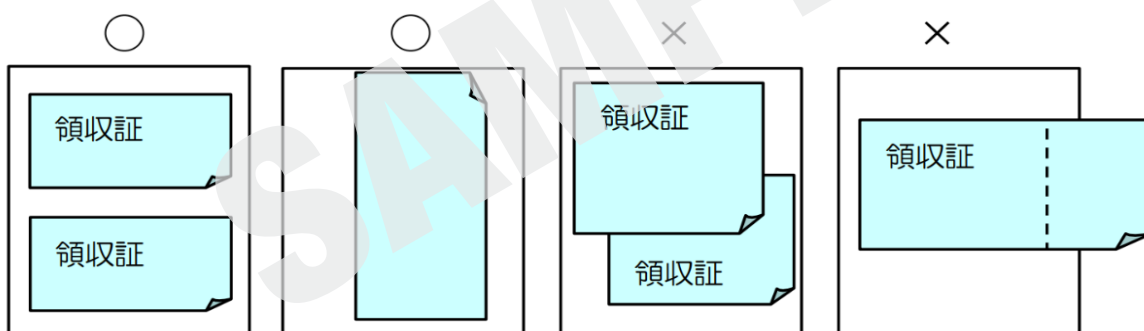
☐ 明細書が同封できない場合は、領収証の但し書きに「診断料」「検査料」等と明記されている。

☐ 領収証および明細書はA4片面に印刷した本台紙1枚につき1枚のみのり付けしている(裏面にも貼付していない)。複数ある場合は折ったり、重ねて張り付けず、別紙A4用紙に貼付している。領収証および明細書がA4サイズの場合は、別紙への貼付はせず、本台紙も同封している。別紙がある場合、氏名とログインIDを記載している。

(該当者のみ)

☐ 転記の場合、医療機関にて転記されたものである(転記料のみ補助対象。転記時に不足していた検査項目があり、追加検査費が必要となった場合の費用は自己負担のため、これにかかった金額の領収証は提出しない)。

.....(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).....



健康診断料立替払請求書

(2025 年秋募集)

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