

健康診断の実施について

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 5 月 9 日（金）必着

応募期間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 海外協力隊健康診断書類・提出確認シート
- ② 健康診断書（2025 年春募集）
- ③ 問診票（2025 年春募集）

<任意>

- ④ 健康審査にかかる領収証貼付用台紙（領収書および明細書の原本を添付）
 - ※ 健康診断料補助を希望される場合のみ提出。
- ⑤ 健康診断料立替払請求書（2025 年春募集）
 - ※ 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。
- ・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。
- ・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。

- ・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) 【2025 年春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. 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、2024年12月21日（金）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。
- 健康診断書類一式は、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。

- 可能な限り、健康診断書は1枚であることが望めます。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。

■問診票

- マイページを作成頂いた後、『問診票作成ご案内メール（発信元：wellness-support-tools@abr-net.com）』が届きます。メールには問診票作成のためのURLおよびID、PWが記載されておりますので、記載の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。

■領収書および明細書、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、応募を完了した健康診断書、問診票、領収書および明細書、健康診断料立替払請求書を郵送にて提出された方で、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）。
- 専用台紙「健康審査にかかる領収証貼付用台紙」に、医療機関発行の領収書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。専用台紙「健康審査にかかる領収証貼付用台紙」以外の書類は、余白にIDと氏名を記載してください。
- 領収書は宛名が個人名であり、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。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。
- 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。
- 「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。
- 健康診断料立替払請求書は、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8月以降（一次不合格者対象）、2025年12月以降（一次合格者対象）となる見込みです。
- 領収書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

- 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：

電話番号：

JICA 海外協力隊 2025 年春募集
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

募集期	2025 年春募集
応募区分	<input type="checkbox"/> 一般案件 <input type="checkbox"/> シニア案件

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（2025 年春募集）
 - 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 年春募集）
※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台紙（医療機関の領収書および明細書貼付済のもの）
 - 健康診断料立替払請求書（2025 年春募集）

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

2025 年 5 月 9 日（金）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.

募集期/応募区分 2025年春募集 □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	□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)

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

月経日、月経直後
を避けて検査して
ください。

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。

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 - ± + 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: 右上葉陰影 異常時: 精査 要 / 不要
裸眼(uncorrected) 矯正(corrected)	Plt 血小板 ×10 ⁴ /mm ³	Bio-Chemistry 生化学 ※全項目必須
	Bio-Chemistry 生化学 ※全項目必須	
Hearing 聴力	AST(GOT) U/L	Atopic dermatitis アトピー所見
	ALT(GPT) U/L	
(1000Hz) (4000Hz)	γ-GTP U/L	Physical Findings 診察所見 Inspection/Auscultation/Palpation/Others
	Triglyceride 中性脂肪 mg/dl	
Rt 右 db	HDL mg/dl	Not found 無 / Found 有
Lt 左 db	LDL mg/dl	
E.C.G 心電図	Creatinine mg/dl	Finding 所見: 異常時: 精査 要 / 不要
normal 正常 / abnormal 異常	eGFR ml/min/1.73m ²	
	Uric acid 尿酸 mg/dl	
	FBS 空腹時血糖 mg/dl	
	HbA1c %	
	Diagnosis 診察医判定 (Comment コメント)	

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

異常の場合、
精査の要否は必須で
す。

有の場合、
所見は必須です。

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。

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。

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。

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) 2025 / /
(Date of Physical Examination/健康診断実施日)

転記の場合、以下も必須
Date (Y/M/D) 2025 / /
(Date of Transcription/転記日)

Name of Hospital (医療機関名)
Address (所在地)
Doctor's Name (医師名)
Telephone (電話)

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） 2025年春募集
-----	--------------------------

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			歳	
Tel		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、ご提出いただいた書類を、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、ならびに関係機関等に共有いたします。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。

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

通院中疾患	既往歴のある疾患 ※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（高脂血症） 発症年齢（30） 通院開始年月日（2023年11月9日） 通院間隔（半年） 現在使用中の内服薬/外用薬：□無 ■有 内服薬/外用薬名（アトーゼット配合錠） 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（脳梗塞） 発症年齢（29） 治療が終了した年齢（22） 治療内容（薬物治療） 最終通院日：（2018年7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） ※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。	
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 （2年分の薬を処方してもらえるか確認する。処方が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。）	
通院中疾患	既往歴のある疾患 ※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（） 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） ※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。	
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 （）	

【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。
 - 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	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？ <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> 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（入浴時にマッサージ） 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？ <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> 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？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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：()

【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】 ビール中瓶1本(約500ml) / 焼酎35度(80ml) / ウイスキー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)
- ③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(散歩) 期間(約5年)

【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。
 - ・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、必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(目録に): 甲殻類アレルギー
 - アレルギーの症状(複数選択可)
 - 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: 甲殻類)

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

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 ()
- ⇒ 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 ()
- ⇒ 寒冷

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.

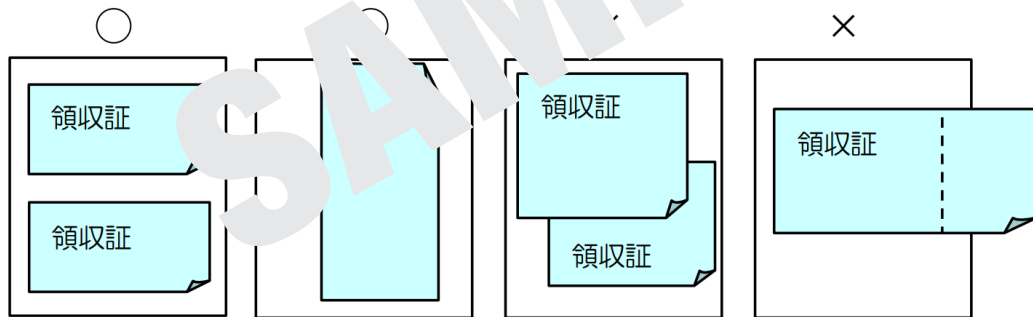
健康審査にかかる領収証貼付用台紙

募集期	2025 年春募集		
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 片面で印刷してください。

- 健康診断書はマイページからダウンロード(IDは自動入力済)した様式であり、結果の記入漏れ等なく**原本**である。
- 問診票は健康診断問診システムにて作成し入力完了後にダウンロードされる PDF を印刷したものである。
- 領収書および明細書は**原本**であり、領収書の記載事項は以下の点に漏れがないことを確認し、いずれも問題がない。
 - 発行日 金額 宛名が受診者本人名 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、A4用紙に氏名と生年月日、ログイン ID を記載している。
- 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。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しまう).....



健康診断料立替払請求書 (2025 年春募集)

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 姓 _____

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