

病歴申告書 MEDICAL HISTORY

本人が記入してください。日本語又は英語により明瞭に記入してください。

To be completed by the applicant himself. Please fill out in **JAPANESE** or **ENGLISH**

氏名／FULL NAME

姓／Surname : _____ 名／Given Name : _____

☐ 男／M

☐ 女／F

☐ 他／Non-binary

生年月日／DATE OF BIRTH

年齢／AGE :

日／Date : _____ 月／Month : _____ 年／Year : _____

1. 現在の病状／Present Medical Status

(a) 現在、病気のために薬の服用または医師による定期診察を受けていますか。

Do you currently use any medicine or have regular medical checkup by a physician for your illness?

<input type="checkbox"/> いいえ／No	<input type="checkbox"/> はい／Yes	病名／Name of Disease (_____) 薬名／Medication (_____)
---------------------------------	---------------------------------	---

「はい」の場合、日本語または英語の医師による診断書を添付してください。

If YES, please attach your doctor's letter (written in English) that describes current status of your illness and agreement to join the program.

(b) 薬または食べ物のアレルギー等がありますか。Are you allergic to any medication, food etc.?

<input type="checkbox"/> いいえ／No	<input type="checkbox"/> はい／Yes アレルギーのある薬または食べ物等／Name of medication/food you are allergic to (_____)
---------------------------------	--

(c) 障害のために必要とされる追加支援または設備を記載してください。

Please indicate any needs arising from disabilities that might necessitate additional support or facilities

(_____)

※障害の有無は障害者を研修参加から排除するものではありません。しかしながら、状況に応じて JICA からあなたの障害について詳しい質問を受ける場合があります。

※Disability does not lead to exclusion of persons with disability from the program. However, upon the situation, you may be directly inquired by the JICA official in charge for a more detailed account of your condition.

(d) 妊娠していますか。Are you pregnant?

☐ いいえ／No

☐ はい／Yes : 妊娠週数／Week of pregnancy (週／week)

2. 過去の病歴／Past Medical History

(a) 重大または深刻な病気にかかったことがありますか。
Have you had any significant or serious illness?

☐ いいえ／No

☐ はい／Yes

病名／Please specify ()

(b) メンタルクリニックまたは精神科医の治療を受けたことがありますか。
Have you ever been a patient in a mental clinic or been treated by a psychiatrist?

☐ いいえ／No

☐ はい／Yes

病名／Please specify ()

(c) あなた自身またはあなたの家族が結核の診断を受けたことがありますか。
Have you or/and your family members had tuberculosis?

☐ いいえ／No

☐ はい／Yes

詳細／Please specify ()

(d) 過去 3 ヶ月間に次のような症状がありましたか。咳・痰・喀血・就寝時発汗・体重減少・発熱
Have you had any of the following symptoms in the past 3 months? Cough・Phelgm・Hemoptysis・Sweating in sleep・Weight loss・Fever

☐ はい／Yes

詳細／Please specify ()

3. その他の健康上の問題／Other Medical Problems

もしも、その他の健康上の問題で、上記に記載されていないものがあれば、記載してください。
If you have any medical problems that are not described above, please indicate below.

私は、上記の設問を読み、全ての質問に正直かつ私の知りうる限りすべて回答したことを証します。

私は、申告しなかった健康状態により生じた健康状態が JICA により補償されず、研修中止に至ることを理解し、受け入れます。

私はこの申告書が来日研修に参加した場合の研修関係者において確認されることを理解しました。

I certify that I have read the above instructions and answered all questions truthfully and completely to the best of my knowledge.

I understand that medical conditions resulting from pre-existing conditions will not be financially compensated by JICA and may be a reason for termination of the program.

I understand that this questionnaire will be checked by the people who are engaged in the program during my stay in Japan.

日付／Date : _____ 署名／Signature : _____

氏名／Print Name : _____

※ 本様式提出後に健康状況に変化が生じたときは JICA 事務所のスタッフへ連絡してください。

※ Please notify JICA staff upon any changes in your health condition after submission of the form.

以上／END