

医療機関御担当者 様

独立行政法人国際協力機構  
青年海外協力隊事務局

## フィリピン国査証申請用指定検査について

フィリピン国では査証を申請する際、指定フォームによる健康診断結果の提出が義務付けられています。つきましては、所定の用式にて診断書を作成いただき、添付書類と共に受診者に交付くださいますようお願い申し上げます。

お手数をおかけいたしますが、ご理解ご協力の程よろしくお願い申し上げます。

- 提出書類：指定様式（MEDICAL EXAMINATION OF VISA APPLICANTS）の診断書、および以下の添付書類（英文）
  1. Pertinent medical history（既往歴）
  2. Significant physical examination（医師の診察所見）
  3. Chest X-ray report（胸部X線検査の所見）  
X-ray film（胸部X線の画像データをCD-RまたはDVD-Rに格納して提出）
  4. Laboratory examination reports（検査結果）
    - a. Blood serology（血液検査）
    - b. Urine（尿検査）
    - c. Stool（便検査）便潜血と寄生虫の2種類の検査結果が必要
    - d. Medical clearance against AIDS virus（エイズ陰性の証明）

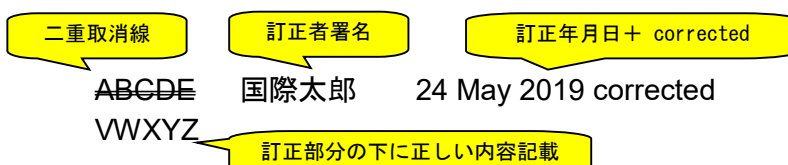
## 【記入方法について】

- 受診者の写真に病院の割印を押印お願いいたします。（次ページ【記入例1】参照）
- 上から3行目の日付欄には、**西暦表記**で受診日（検査日）を必ず記載してください。（次ページ【記入例1】参照）
- 血液検査、尿検査、便検査の各項目は、日本で実施されている一般的な項目で構いません。
- 総合判定は、CLASS A, CLASS B, CLASS Cのいずれかを○で囲むか、いずれにも該当しない場合はNot physically and mentally defective or diseased（の前の平行四辺形の内部）にチェックを入れてください。
- 添付する検査結果や所見の記載は英語でお願いします。
- 検査結果は、外務省での認証を受ける必要があるため、指定健康診断用紙の下部空欄に、①発行年月日（**西暦表記**）、②受診医療機関（病院）名、③病院公印 の3点のご記入を必ずお願いいたします。（次ページ【記入例2】参照）  
また、英文健康診断書の記載項目に記入漏れがないよう、あわせてお願いいたします。
- 記載漏れの場合、原則追記不可となります。明らかに筆跡が相違する記載も追記とみなされる場合があるので、ご注意ください。
- 公印、訂正印による訂正は不可です。万が一訂正が生じた場合は次の通りご訂正ください。

## &lt;訂正方法&gt;

訂正部分を二重線で消し、訂正した医師のサイン（病院公印）、訂正した日付、correctedと記載。更に、本来記載すべき内容の「医師名+サイン（病院公印）」を訂正部分の下に記入する。

図解例) 間違った内容：ABCDE を 正しい内容：VWXYZ に訂正する場合



- 外務省では、基本的には訂正が無い書類を認証することになっています。そのため、上記のとおり訂正しても訂正箇所が多いことで受理されなかった場合、再度、ご記入をお願いすることがありますので、ご了承ください。
- 「英文健康診断書」への記載はすべて英語表記でお願いします。すべての年月日について、和暦による記載は不可です。

【記入例1】(指定様式の診断書 (MEDICAL EXAMINATION OF VISA APPLICANTS) の上部)  
書き漏れが多い部分については赤で記載しています。特に記入していませんが、「Name」「Age」「Sex」「Citizenship」等、記入が必要な部分もご記入願います。

右上 受診者の写真には病院の割印をお願いします。↓  
4カ所全てに割印する必要はありません。

DFA FORM NO 11 Revised Under FSC 20-07		FOREIGN SERVICE OF THE PHILIPPINES		PHOTO 15 x 18 inches	
MEDICAL EXAMINATION OF VISA APPLICANTS		Date 受診日を記入		割印	
Place EMBASSY OF THE PHILIPPINES TOKYO	City TOKYO		Country JAPAN		割印
At the request of the Philippine Consul TOKYO				割印	

受診者が写真の者だと確認したこととなる押印です。必ず写真にかかるよう割印してください。

【記入例2】(指定様式の診断書 (MEDICAL EXAMINATION OF VISA APPLICANTS) の下部)

MEDICAL RECORDS	
1. Pertinent medical history. 2. Significant physical examination. 3. Chest X-ray report: (For ages 11 yrs. and above) Present X-ray film (14 x 17 inches) 4. Laboratory Examination: (Attach laboratory reports) a. Blood serology: (Ages 15 years and above) b. Urine: (Ages 1 year and above) c. Stool: (Ages 1 year and above) d. Other examination (s) if necessary: Medical clearance against AIDS virus. <input type="checkbox"/> Not physically and mentally defective or diseased	
Examining Physician 診察した医師の名前とサイン	Address 病院の住所と電話番号 (ここに病院名が入っても構いません)
※この余白部分に(右図参照) ①発行年月日 ②受診医療機関(病院)名 ③病院の公印 を必ず記載してもらうこと。	
公印	病院公印 2018/●●/●● ←発行年月日 ***** MEDICAL CENTER ←医療機関名

【領収書について】

- 上記フィリピンの査証申請用健診 (MEDICAL EXAMINATION OF VISA APPLICANTS) (受診費用、文書費用) の他に、国際協力機構指定の派遣前健康診断を併せて実施した場合は、領収書を別々に分けて作成くださいますようお願いいたします。