

JICA ボランティア事業の流れ

1. 要望調査

国際約束に基づき開発途上国にてボランティア派遣の要望を調査。

2. 要請受付、とりまとめ

上記調査を受けて当該開発途上国から提出されたボランティア派遣要望を取りまとめる（これを各国からの「要請」という）。

3. 要請情報公開、募集、

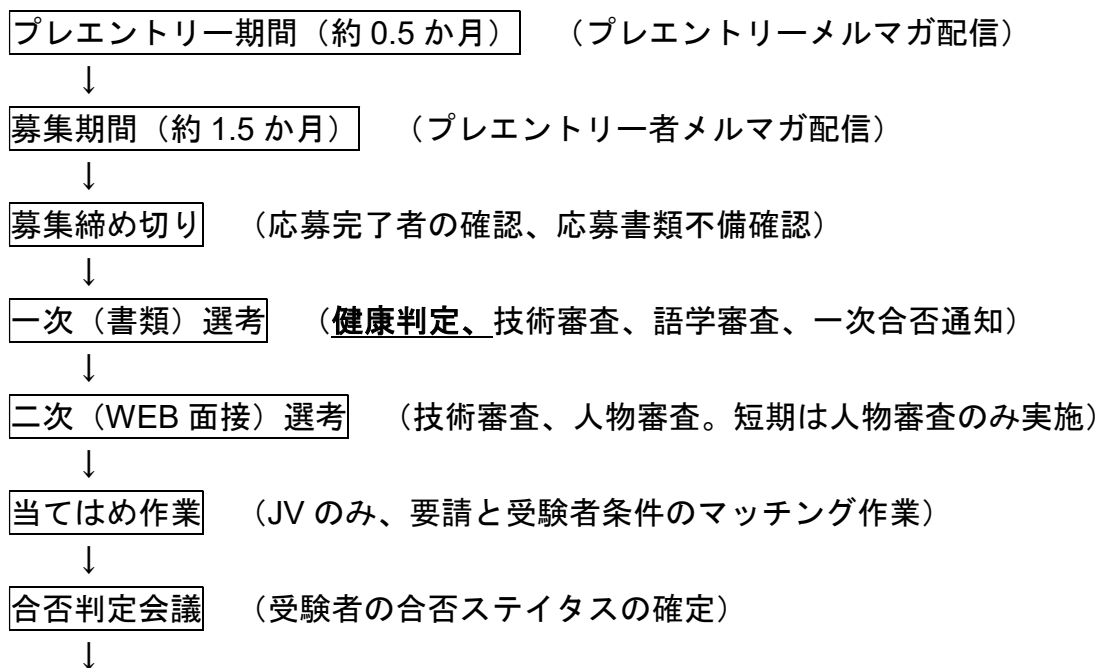
年4回（長期2回、短期2回）、各国からの要請をウェブ(ボランティアサイト)で公開し、各要請に対応できる開発途上国への派遣者を募集する。

4. 応募受付、選考

JICA 海外協力隊応募マイページにより応募者から応募調書等を受け付け、一次選考（健康・書類・語学）、二次選考（技術・人物）を得て合否を決定し、受験者に結果を通知する。合否通知の際、必要な資格取得指示、訓練参加同意書の案内等を行う。

2022 春募集期募集要項：

<https://www.jica.go.jp/volunteer/application/seinen/require/pdf/guideline.pdf>



隊次編成 (合格者の訓練所別の派遣隊次を決定)



合格通知 (募集締切から約 3.5 か月後) (二次合否通知・訓練入所案内)

5. 派遣前訓練／研修

原則として全合格者（長期派遣者）を対象に、約 70 日間の合宿形式の研修により、現地語、国際協力の意義等、海外協力活動に不可欠な技術・知識を習得させる。

6. 課題別派遣前訓練

派遣前訓練の一貫として、隊員がその分野で必要とされる実務的な技術・技能及び教授法の向上などの習得を目的として実施するもの。対面及び遠隔型(オンライン)の講義・実習がある。

7. 表敬

訓練修了者について、各人の所在地の地方自治体への出発報告（表敬）等を実施する。

8. 派遣、海外協力活動

訓練／研修修了者を開発途上国に派遣する。派遣されたボランティアは、当初の要請内容に基づきながらも現況に対処し、海外協力活動を実施する。JICA は各派遣国の在外事務所を窓口として、ボランティアの活動を支援する。

9. 帰国後支援

帰国隊員を対象に、ボランティアの経験の社会還元や進路についてのガイダンスを実施する。全国に進路相談カウンセラーを配置し、進路開拓を支援する。

10. 社会還元、啓発活動

JICA ボランティア事業の目的の一つであるボランティア経験の社会還元を支援するとともに、ボランティア事業について広報を行い、新たな参加者を確保するための啓発活動を行う。

以上

※[事務局使用欄↓] 記入しないでください。

ログインID		受験番号	
--------	--	------	--

問診票

JICA海外協力隊

※募集期と応募区分について、それぞれチェックしてください。

募集期	<input type="checkbox"/> 2022年長期	<input type="checkbox"/> 2022年度短期
	<input type="checkbox"/> 春 <input type="checkbox"/> 秋	第 () 回
応募区分	<input type="checkbox"/> 一般案件	<input type="checkbox"/> シニア案件

※未記入があると、書類不備で不合格となりますので、ご注意ください。

フリガナ		生年月日 (西暦)	年齢	性別
氏名 <small>※戸籍上の氏名に限る</small>		年 月 日	歳	
Tel		E-mail		
携帯Tel		携帯 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。

[Official use : JICA記入欄]

※記入しないでください。

総合判定	(コメント)
------	--------

※[事務局使用欄↓] 記入しないでください。

ログインID		受験番号	
--------	--	------	--

【1】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 健康状態について
 良好 不良 (詳細: _____)
- ② 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
 無 有
(詳細: _____)
- ③ 前回受けた健康診断はいつですか(※今回の健康診断より前の受診時期を記入ください)
(_____) 年 (_____) 月 受診日不明
- ④ 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: _____ 歳頃) (期間: _____)
- ⑤ 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
 無 有
(詳細: _____)
- ⑥ 現在の下記症状の有無と、それに対する受診の有無について、該当項目にチェックをしてください。
また、どちらかに「有」にチェックした方は、詳しい症状・症状の頻度や通院状況などの詳細を記載してください。

現在気になる症状	症状の有無		病院での受診有無		詳細
頭痛	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
息切れ	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
むくみ	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
体重減少	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
食欲不振	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
動悸	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
胸の痛み	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
咳	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
体重増加	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
疲労感	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
腰痛	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
緊張感	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
腹痛	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
不眠	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
不安感	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
めまい	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
月経不順 (正常周期25-38日)	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
下痢	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
しびれ	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
その他 (症状: _____)	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	

※[事務局使用欄↓] 記入しないでください。

ログインID		受験番号	
--------	--	------	--

【2-1】以下の病気に関し、該当する項目に必要な情報を記載してください。（※【2-1】でチェックした場合は【2-2】も必ず記載）

治療中：病気やけがで定期的に通院し内服などの治療や処置を受けている。

経過観察中：治療を要するほどではないが、定期的に診察や検査を受けている。（内服がある場合は治療中に該当）

完治：これまでにかかったことのある病気やけがで、現在は完治している。また過去に治療を受けていたが、通院が終了している。

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

チェックを入れた場合には、必ず次頁の【2-2】に詳細をご記載ください。※完治していてもご記載ください

※[事務局使用欄↓] 記入しないでください。

ログインID		受験番号	
--------	--	------	--

【2-2】【2-1】で記載したチェックした**全ての項目について**、下記に詳細を記載して下さい。

以下の記載は「**手術を実施していない疾患**」と「**手術を実施した疾患**」で記載場所が分かれています。

- ※1) 手術には、内視鏡的治療（例：胃やポリプ切除）も含まれます。
 2) 通院間隔について 例：「1か月に1回外来通院」などと記載ください。

手術を実施していない疾患について	手術を実施した疾患について
病名（ ）歳 発症年齢（ ）歳 完治した年齢（ ）歳 現在使用中の内服薬/外用薬 □ 無 □ 有 内服薬/外用薬名（ ） 通院の有無 □ 無 □ 有 現在の通院間隔（ ） 医師の指示や今後のフォロー状況等（ ）	病名（ ）歳 発症年齢（ ）歳 完治した年齢（ ）歳 手術を受けた年齢（ ）歳 手術を受けた部位（ ） 手術名または手術の詳細（ ） 現在使用中の内服薬/外用薬 □ 無 □ 有 内服薬名/外用薬名（ ） 通院の有無 □ 無 □ 有 現在の通院間隔（ ）
病名（ ）歳 発症年齢（ ）歳 完治した年齢（ ）歳 現在使用中の内服薬/外用薬 □ 無 □ 有 内服薬/外用薬名（ ） 通院の有無 □ 無 □ 有 現在の通院間隔（ ） 医師の指示や今後のフォロー状況等（ ）	病名（ ）歳 発症年齢（ ）歳 完治した年齢（ ）歳 手術を受けた年齢（ ）歳 手術を受けた部位（ ） 手術名または手術の詳細（ ） 現在使用中の内服薬/外用薬 □ 無 □ 有 内服薬名/外用薬名（ ） 通院の有無 □ 無 □ 有 現在の通院間隔（ ）
病名（ ）歳 発症年齢（ ）歳 完治した年齢（ ）歳 現在使用中の内服薬/外用薬 □ 無 □ 有 内服薬/外用薬名（ ） 通院の有無 □ 無 □ 有 現在の通院間隔（ ） 医師の指示や今後のフォロー状況等（ ）	病名（ ）歳 発症年齢（ ）歳 完治した年齢（ ）歳 手術を受けた年齢（ ）歳 手術を受けた部位（ ） 手術名または手術の詳細（ ） 現在使用中の内服薬/外用薬 □ 無 □ 有 内服薬名/外用薬名（ ） 通院の有無 □ 無 □ 有 現在の通院間隔（ ）

※上記の表だけでは足りない場合、本ページをご自身の必要枚数分、追加印刷しご提出ください。

【3】喫煙に関し、項目に必要な情報を記入してください。

◆喫煙	□ 無	□ 有 → (本/日 年間)	□ 過去に吸っていた → (本/日 年間)
-----	-----	---------------------------	----------------------------------

【4】飲酒に関し、項目に必要な情報を記入してください。

飲酒頻度と飲酒量（1回あたり）、**それぞれにチェック**をしてください。

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）	□ 1合未満	□ 1～2合未満	□ 2～3合未満 □ 3合以上
【清酒1合（180ml）の目安】 ビール中瓶1本（約500ml）／焼酎35度（80ml）／ウイスキーダブル1杯（60ml）／ワイン2杯（240ml）			

※[事務局使用欄↓] 記入しないでください。

<input type="checkbox"/> グインID		受験番号	
--------------------------------	--	------	--

【5】それぞれのアレルギーに対し、必ずお答えください。アレルギーがある場合には有にチェックし、

・アレルギー症状を引き起こす原因物質を具体的に記入ください。

・アレルギーの症状を選択してください。

◆ 食物	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	⇒	()
アレルギーの症状（複数選択可）						
<input type="checkbox"/> アナフィラキシー	<input type="checkbox"/> むくみ	<input type="checkbox"/> 目のかゆみ	<input type="checkbox"/> 鼻水	<input type="checkbox"/> くしゃみ		
<input type="checkbox"/> 息苦しさ	<input type="checkbox"/> じんましん	<input type="checkbox"/> 症状なし	<input type="checkbox"/> その他（		）	
◆ 薬剤	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	⇒	()
アレルギーの症状（複数選択可）						
<input type="checkbox"/> アナフィラキシー	<input type="checkbox"/> むくみ	<input type="checkbox"/> 目のかゆみ	<input type="checkbox"/> 鼻水	<input type="checkbox"/> くしゃみ		
<input type="checkbox"/> 息苦しさ	<input type="checkbox"/> じんましん	<input type="checkbox"/> 症状なし	<input type="checkbox"/> その他（		）	
◆ 動物	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	⇒	<input type="checkbox"/> イヌ	<input type="checkbox"/> ネコ	<input type="checkbox"/> その他（
アレルギーの症状（複数選択可）						
<input type="checkbox"/> アナフィラキシー	<input type="checkbox"/> むくみ	<input type="checkbox"/> 目のかゆみ	<input type="checkbox"/> 鼻水	<input type="checkbox"/> くしゃみ		
<input type="checkbox"/> 息苦しさ	<input type="checkbox"/> じんましん	<input type="checkbox"/> 症状なし	<input type="checkbox"/> その他（		）	
◆ 花粉	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	⇒	<input type="checkbox"/> スギ	<input type="checkbox"/> ヒノキ	<input type="checkbox"/> その他（
アレルギーの症状（複数選択可）						
<input type="checkbox"/> アナフィラキシー	<input type="checkbox"/> むくみ	<input type="checkbox"/> 目のかゆみ	<input type="checkbox"/> 鼻水	<input type="checkbox"/> くしゃみ		
<input type="checkbox"/> 息苦しさ	<input type="checkbox"/> じんましん	<input type="checkbox"/> 症状なし	<input type="checkbox"/> その他（		）	
◆ その他（						）
アレルギーの症状（複数選択可）						
<input type="checkbox"/> アナフィラキシー	<input type="checkbox"/> むくみ	<input type="checkbox"/> 目のかゆみ	<input type="checkbox"/> 鼻水	<input type="checkbox"/> くしゃみ		
<input type="checkbox"/> 息苦しさ	<input type="checkbox"/> じんましん	<input type="checkbox"/> 症状なし	<input type="checkbox"/> その他（		）	

上記の申告に間違いありません。

正確に申告いただけない場合、虚偽の申告があった場合、未申告があった場合には、派遣中止または派遣期間の短縮となり、手当・旅費等を返還していただくことがあります。

同意する

記入日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 氏名： _____

注) にチェックし、記入日・本人氏名を必ずご記入ください。 ※未記入の場合、無効となります。

※問診票に加え、健康診断書、説明書（PDF）もダウンロードし、よくお読みの上、医療機関で受診してください。

※[事務局使用欄↓] 記入しないでください。

ログインID	123456	受験番号	
--------	--------	------	--

問診票 (記入例)

JICA海外協力隊

※募集期と応募区分について、それぞれチェックしてください。

募集期	<input checked="" type="checkbox"/> 2022年長期	<input type="checkbox"/> 2022年度短期
	<input type="checkbox"/> 春 <input checked="" type="checkbox"/> 秋	第 () 回
応募区分	<input checked="" type="checkbox"/> 一般案件	<input type="checkbox"/> シニア案件

※未記入があると、書類不備で不合格となりますので、ご注意ください。

フリガナ	コクサイ ハナコ	生年月日 (西暦)	年齢	性別
氏名 <small>※戸籍上の氏名に限る</small>	国際 花子	1986 年 1 月 28 日	36 歳	女
Tel	03-□△○x-□△○x	E-mail	jica1212□kn@to.co.jp	
携帯Tel	080-□△○x-0243	携帯 E-mail	jica1212□kn@to.co.jp	

【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。

[Official use : JICA記入欄]

※記入しないでください。

総合判定	(コメント)
------	--------

ログインID	123456	受験番号	
--------	--------	------	--

【1】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 健康状態について
 良好 不良 (詳細: _____)
- ② 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
 無 有
 (詳細: _____)
- ③ 前回受けた健康診断はいつですか(※今回の健康診断より前の受診時期を記入ください)
 (2021) 年 (12) 月 受診日不明
- ④ 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: _____ 歳頃) (期間: _____)
- ⑤ 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
 無 有
 (詳細: _____)
- ⑥ 現在の下記症状の有無と、それに対する受診の有無について、該当項目にチェックをしてください。
 また、どちらかに「有」にチェックした方は、詳しい症状・症状の頻度や通院状況などの詳細を記載してください。

現在気になる症状	症状の有無		病院での受診有無		詳細
	<input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
頭痛	<input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	頻度は月1回程度で市販の鎮痛薬で改善。
息切れ	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
むくみ	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
体重減少	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
食欲不振	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
動悸	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
胸の痛み	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
咳	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
体重増加	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
疲労感	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
腰痛	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
緊張感	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
腹痛	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
不眠	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
不安感	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
めまい	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
月経不順 (正常周期25-38日)	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
下痢	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
しびれ	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
その他 (症状: _____)	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	

※[事務局使用欄↓] 記入しないでください。

ログインID	123456	受験番号	
--------	--------	------	--

【2-1】以下の病気に関し、該当する項目に必要な情報を記載してください。（※【2-1】でチェックした場合は【2-2】も必ず記載）

治療中：病気やけがで定期的に通院し内服などの治療や処置を受けている。

経過観察中：治療を要するほどではないが、定期的に診察や検査を受けている。（内服がある場合は治療中に該当）

完治：これまでにかかったことのある病気やけがで、現在は完治している。また過去に治療を受けていたが、通院が終了している。

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

チェックを入れた場合には、必ず次頁の【2-2】に詳細をご記載ください。※完治していてもご記載ください

※[事務局使用欄↓] 記入しないでください。

ログインID	123456	受験番号	
--------	--------	------	--

【2-2】【2-1】で記載したチェックした**全ての項目**について、下記に詳細を記載して下さい。

以下の記載は「手術を実施していない疾患」と「手術を実施した疾患」で記載場所が分かれています。

- ※1) 手術には、内視鏡的治療（例：胃やポリープ切除）も含まれます。
- 2) 通院間隔について 例：「1か月に1回外来通院」などと記載ください。

手術を実施していない疾患について	手術を実施した疾患について
病名（ 小児喘息 ） 発症年齢（ 10 ）歳 完治した年齢（ 10 ）歳 現在使用中の内服薬/外用薬 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 内服薬/外用薬名（ ） 通院の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 現在の通院間隔（ 通院していない。 ） 医師の指示や今後のフォロー状況等 （ 完治済 ）	病名（ 胆石症 ） 発症年齢（ 36 ）歳 完治した年齢（ ）歳 手術を受けた年齢（ 36 ）歳 手術を受けた部位（ 胆のう ） 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） ） 現在使用中の内服薬/外用薬 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 内服薬名/外用薬名（ ） 通院の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 現在の通院間隔（ 退院後の受診終了し経過観察中。次回の通院で終診予定。 ）
病名（ 高血圧 ） 発症年齢（ 30 ）歳 完治した年齢（ ）歳 現在使用中の内服薬/外用薬 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 内服薬/外用薬名（ アダラートCR（10）1錠朝内服 ） 通院の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 現在の通院間隔（ 3か月に1回通院中 ） 医師の指示や今後のフォロー状況等 （ 自己測定継続、定期通院指示 ）	病名（ ） 発症年齢（ ）歳 完治した年齢（ ）歳 手術を受けた年齢（ ）歳 手術を受けた部位（ ） 手術名または手術の詳細 （ ） 現在使用中の内服薬/外用薬 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 内服薬名/外用薬名（ ） 通院の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 現在の通院間隔（ ）
病名（ ） 発症年齢（ ）歳 完治した年齢（ ）歳 現在使用中の内服薬/外用薬 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 内服薬/外用薬名（ ） 通院の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 現在の通院間隔（ ） 医師の指示や今後のフォロー状況等 （ ）	病名（ ） 発症年齢（ ）歳 完治した年齢（ ）歳 手術を受けた年齢（ ）歳 手術を受けた部位（ ） 手術名または手術の詳細 （ ） 現在使用中の内服薬/外用薬 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 内服薬名/外用薬名（ ） 通院の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 現在の通院間隔（ ）

内服薬/外用薬名（ ●●●● 朝1錠内服 ）
 ●●は薬剤名です。
 薬剤名とあわせて用法・容量等分かる範囲で記載
 ください。

※上記の表だけでは足りない場合、本ページをご自身の必要枚数分、追加印刷して提出ください。

【3】喫煙に関し、項目に必要な情報を記入してください。

◆喫煙 無 有 → (本/日 年間) 過去に吸っていた → (本/日 年間)

【4】飲酒に関し、項目に必要な情報を記入してください。

飲酒頻度と飲酒量（1回あたり）、それぞれにチェックをしてください。

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回あたり） 1合未満 1～2合未満 2～3合未満 3合以上

【清酒1合（180m l）の目安】
 ビール中瓶1本（約500m l）／焼酎35度（80m l）／ウイスキーダブル1杯（60m l）／ワイン2杯（240m l）

※[事務局使用欄↓] 記入しないでください。

ログインID	123456	受験番号	
--------	--------	------	--

【5】それぞれのアレルギーに対し、必ずお答えください。アレルギーがある場合には有にチェックし、

- ・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。

◆ 食物	<input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有	→	(エビ)
アレルギーの症状 (複数選択可)						
<input checked="" type="checkbox"/> アナフィラキシー	<input type="checkbox"/> むくみ	<input type="checkbox"/> 目のかゆみ	<input type="checkbox"/> 鼻水	<input type="checkbox"/> くしゃみ		
<input type="checkbox"/> 息苦しさ	<input type="checkbox"/> じんましん	<input type="checkbox"/> 症状なし	<input type="checkbox"/> その他 ()		
◆ 薬剤	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	→	()
アレルギーの症状 (複数選択可)						
<input type="checkbox"/> アナフィラキシー	<input type="checkbox"/> むくみ	<input type="checkbox"/> 目のかゆみ	<input type="checkbox"/> 鼻水	<input type="checkbox"/> くしゃみ		
<input type="checkbox"/> 息苦しさ	<input type="checkbox"/> じんましん	<input type="checkbox"/> 症状なし	<input type="checkbox"/> その他 ()		
◆ 動物	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	→	<input type="checkbox"/> イヌ	<input type="checkbox"/> ネコ	<input type="checkbox"/> その他 (
アレルギーの症状 (複数選択可)						
<input type="checkbox"/> アナフィラキシー	<input type="checkbox"/> むくみ	<input type="checkbox"/> 目のかゆみ	<input type="checkbox"/> 鼻水	<input type="checkbox"/> くしゃみ		
<input type="checkbox"/> 息苦しさ	<input type="checkbox"/> じんましん	<input type="checkbox"/> 症状なし	<input type="checkbox"/> その他 ()		
◆ 花粉	<input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有	→	<input checked="" type="checkbox"/> スギ	<input type="checkbox"/> ヒノキ	<input type="checkbox"/> その他 (
アレルギーの症状 (複数選択可)						
<input type="checkbox"/> アナフィラキシー	<input type="checkbox"/> むくみ	<input checked="" type="checkbox"/> 目のかゆみ	<input checked="" type="checkbox"/> 鼻水	<input type="checkbox"/> くしゃみ		
<input type="checkbox"/> 息苦しさ	<input type="checkbox"/> じんましん	<input type="checkbox"/> 症状なし	<input type="checkbox"/> その他 ()		
◆ その他 ()					
アレルギーの症状 (複数選択可)						
<input type="checkbox"/> アナフィラキシー	<input type="checkbox"/> むくみ	<input type="checkbox"/> 目のかゆみ	<input type="checkbox"/> 鼻水	<input type="checkbox"/> くしゃみ		
<input type="checkbox"/> 息苦しさ	<input type="checkbox"/> じんましん	<input type="checkbox"/> 症状なし	<input type="checkbox"/> その他 ()		

上記の申告に間違いありません。

正確に申告いただけない場合、虚偽の申告があった場合、未申告があった場合には、派遣中止または派遣期間の短縮となり、手当・旅費等を返還していただくことがあります。

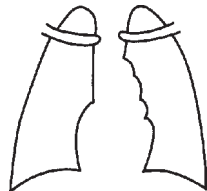
同意する

記入日： 2022 年 6 月 10 日

氏名： 国際 花子

注) にチェックし、記入日・本人氏名を必ずご記入ください。 ※未記入の場合、無効となります。

※問診票に加え、健康診断書、説明書 (PDF)もダウンロードし、よくお読みの上、医療機関で受診してください。

[本人記入欄] ※To be completed by the applicant.		(2022年募集JICA海外協力隊選考用)	
受験区分	氏名	ログインID	
<input type="checkbox"/> 長期(春・秋)	フリガナ		
<input type="checkbox"/> 短期第()回		受験番号	
<input type="checkbox"/> 一般案件 <input type="checkbox"/> シニア案件			
[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 年 月 日 年齢 才	
		Date of birth (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 cm	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	Blood 潜血 - ± + 2+	
	単位を選択 : 10 ³ /mm ³ または /μl		
Blood pressure 血压 / 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		Finding 所見:	
裸眼(uncorrected)	矯正(corrected)	異常時: 精査 要 / 不要	
R 右			
L 左			
Hearing 聴力			
(1000Hz)	(4000Hz)		
Rt 右 db	db	Atopic dermatitis アトピー所見	
Lt 左 db	db	Not found 無 / Found 有	
E.C.G 心電図		Physical Findings 診察所見 Inspection/Auscultation/Palpation/Others	
normal 正常 / abnormal 異常		Not found 無 / Found 有	
Finding 所見:		Finding 所見:	
※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)			
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) 2022 / /		Address (所在地)	
Doctor's Name (医師名)		Telephone (電話)	

[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してください。
未記入項目があると、審査対象外となり不合格となります。

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

Name (受診者名)		Sex (性別)		M / F		
Date of birth		年 (Y)	月 (M)	日 (D)	年齢 (Age)	才
Physical Findings 身体所見		Hematology 血液学 ※全項目必須		Urin		
Height 身長	cm	ABO type 血液型	Protein 蛋白		-	
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	Blood 潜血		- ± + 2+	
Blood pressure 血压		赤血球		Chest X-Ray 胸部レントゲン ※Direct roentgenography 直接撮影で実施		
Abdominal circumference 腹囲		ヘモグロビン		normal 正常 / abnormal 異常		
Visual Acuity 視力		血小板		Finding 所見: 右上葉陰影		
裸眼 (uncorrected)		Pit 血小板		異常時: 精査 要 / 不要		
矯正 (corrected)		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。		
R 右		AST(GOT)	U/L			
L 左		ALT(GPT)	U/L			
Hearing 聴力		γ-GTP	U/L			
(1000Hz)		Triglyceride 中性脂肪	mg/dl			
(4000Hz)		HDL	mg/dl			
Rt 右		LDL	mg/dl		Not found 無 / Found 有	
Lt 左		Creatinine	mg/dl			
E.C.G 心電図		eGFR	ml/min/ 1.73m ²			
normal 正常 / abnormal 異常		Uric acid 尿酸	mg/dl			
Finding 所見:		FBS 空腹時血糖	mg/dl			
異常や所見がある場合は、 心電図を添付ください。		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。				Finding 所見: 有		

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)

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。

月経日、月経直
後を避けて検査
してください。

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。

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。

異常の場合、
精査の要否は必須です。

聴力聴取可能なデシベル

異常や所見がある場合は、
心電図を添付ください。
※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。

有の場合、
所見は必須です。

Diagnosis 診察医判定
(Comment コメント)

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。 Address (所在地)
Doctor's Name (医師名)
※転記の場合でも医療機関での転記が必要です。
Telephone (電話)

■年間スケジュール（2023年度）※2024年度、2025年度も同様の見込み。

2023年度募集・選考・健康判定スケジュール

	2023年										2024年			
	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	
人員増 (医師除く)	名～ 名程度													
長期 春募集	募集期間		繁忙期		選考期間 名～ 名程度									
				名～ 名程度 健康判定期間										
長期 秋募集								募集期間		繁忙期		選考期間		
	名～ 名程度							健康判定期間						
短期 第1回募集					募集期間		選考期間							
						健康判定期間								
短期 第2回募集										募集期間		選考期間		
											健康判定期間			

様

独立行政法人国際協力機構
青年海外協力隊事務局

健康審査に係る追加提出のお願い

下表☑の項目について、本紙と診断書（当機構指定様式）を医療機関に持参し、以下に指示されている診察や検査を受けて、結果を提出して下さい。保険診療に該当する場合がありますので、健康保険証をご持参ください。なお、指示項目以外の検査費用については、JICA負担とならないことがありますので、検査前にご相談下さい。項目4のみ☑の方は、受診の必要はありません。ご自身で記入（同封指定書式）のうえ提出して下さい。

なお、再検査・精密検査の結果確認後は、必要時のみ連絡いたします。

	項目	内 容	JICA 負担費用
<input type="checkbox"/>	1 再検査		再検査料 診断書作成料
<input type="checkbox"/>	2 追加検査 精密検査		検査料 診断書作成料
<input type="checkbox"/>	3 診断書		診断書作成のため の検査料（必要時） 診断書作成料
<input type="checkbox"/>	4 自己申告		なし
<input type="checkbox"/>	5 その他		

診断書

患者名：..... 生年月日：..... 年 月 日

診断名：.....

* 診断名がない場合は「なし」とご記入ください。また判断理由を下記「1」に必ずご記入ください。

受診者が2年間ボランティアとして開発途上国へ派遣できるか否か、この診断書によって判断いたします。宜しく願い申し上げます。

※血液検査・尿検査を実施された場合は、必ずデータを添付してください

1. これまでの治療経過など (初診の場合は診療、検査内容について) を必ずご記入ください

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. 今後、開発途上国派遣中の2年間で必要となりうる医療的管理の条件/注意点等をご記入ください

項目	詳細
A. 通院	間隔：() 回 / _____ 週 _____ 月 _____ 年ごと 内容：
B. 検査	間隔：() 回 / _____ 週 _____ 月 _____ 年ごと 内容：
C. 治療	内容： 内服薬名 / 外用薬名：
その他の配慮 管理事項 (自由記載)	

以上、証明します。

記載日： 年 月 日

医師名：

医療機関名：

所在地：

電話番号：

アレルギー疾患用診断書（気管支ぜん息）

別添5-③

受験番号 _____ 名前 _____ 男・女 _____ 生年月日（西暦） _____ 年 _____ 月 _____ 日生（ _____ 歳）

ご担当医さま

受診者はJICA海外協力隊として、数か月から2年間開発途上国へ継続派遣を希望しています。開発途上国では、一般的に検査設備、医薬品等が不足しており、適切な診療を受けることは困難です。その中で、受診者が数か月から2年間派遣されるにあたり、これまでの経過や、派遣中に必要な医療的管理の条件/注意点などご記入いただきたく、よろしく願いいたします。

※該当するものに☑を入れてください

気管支ぜん息 ☐あり／☐なし

※最終発作	年	月
※発作頻度：		
※受診間隔：		

病型・治療		生活上の留意点		記載日
A. 重症度分類（発作型） <input type="checkbox"/> 1. 間欠型 <input type="checkbox"/> 2. 軽症持続型 <input type="checkbox"/> 3. 中等症持続型 <input type="checkbox"/> 4. 重症持続型	C. 急性発作治療薬 <input type="checkbox"/> 1. ベータ刺激薬吸入 <input type="checkbox"/> 2. ベータ刺激薬内服 <input type="checkbox"/> 3. なし	A. 運動 <input type="checkbox"/> 1. 管理不要 <input type="checkbox"/> 2. 管理必要（ _____ ） <input type="checkbox"/> 3. 強い運動は不可		年 _____ 月 _____ 日
		B. 動物との接触やホコリ等の舞う環境での活動 <input type="checkbox"/> 1. 配慮不要 <input type="checkbox"/> 2. 配慮必要（ _____ ） <input type="checkbox"/> 3. 動物へのアレルギーが強いため不可 動物名（ _____ ）		医師名 _____ 医療機関名 _____
B-1. 長期管理薬（吸入薬） <input type="checkbox"/> 1. ステロイド吸入薬 <input type="checkbox"/> 2. 長時間作用性吸入ベータ刺激薬 <input type="checkbox"/> 3. 吸入抗アレルギー薬（「インタール®」） <input type="checkbox"/> 4. その他（ _____ ） <input type="checkbox"/> 5. なし	D. 急性発作時の対応（自由記載）	C. その他の配慮・管理事項（自由記載）		
B-2. 長期管理薬（内服薬・貼付薬） <input type="checkbox"/> 1. テオフィリン徐放製剤 <input type="checkbox"/> 2. ロイコトリエン受容体拮抗薬 <input type="checkbox"/> 3. ベータ刺激内服薬・貼付薬 <input type="checkbox"/> 4. その他（ _____ ） <input type="checkbox"/> 5. なし				

アレルギー疾患用診断書（アトピー性皮膚炎）

受験番号 _____ 名前 _____ 男・女 _____ 生年月日（西暦） _____ 年 _____ 月 _____ 日生（ _____ 歳）

ご担当医さま

受診者はJICA海外協力隊として、数か月から2年間開発途上国へ継続派遣を希望しています。開発途上国では、一般的に検査設備、医薬品等が不足しており、適切な診療を受けることは困難です。その中で、受診者が数か月から2年間派遣されるにあたり、これまでの経過や、派遣中に必要な医療的管理の条件/注意点などご記入いただきたく、よろしく願いいたします。

※該当するものに☑を入れてください

アトピー性皮膚炎 あり / なし

病型・治療		生活上の留意点		記載日
A. 重症度のめやす（厚生労働科学研究班） <input type="checkbox"/> 1. 軽症：面積に関わらず、軽度の皮疹のみみられる。 <input type="checkbox"/> 2. 中等症：強い炎症を伴う皮疹が体表面積の10%未満にみられる。 <input type="checkbox"/> 3. 重症：強い炎症を伴う皮疹が体表面積の10%以上、30%未満にみられる。 <input type="checkbox"/> 4. 最重症：強い炎症を伴う皮疹が体表面積の30%以上にみられる。 * 軽度の皮疹：軽度の紅斑、乾燥、落屑主体の病変 * 強い炎症を伴う皮疹：紅斑、丘疹、びらん、浸潤、苔癬化などを伴う病変		A. 長時間の紫外線下での活動 <input type="checkbox"/> 1. 管理不要 <input type="checkbox"/> 2. 管理必要 (_____)		年 _____ 月 _____ 日
B-1. 常用する外用薬 <input type="checkbox"/> 1. ステロイド軟膏 <input type="checkbox"/> 2. タクロリムス軟膏（「プロトピック®」） <input type="checkbox"/> 3. 保湿剤 <input type="checkbox"/> 4. その他 (_____) <input type="checkbox"/> 5. なし		B. 動物との接触 <input type="checkbox"/> 1. 配慮不要 <input type="checkbox"/> 2. 配慮必要 (_____) <input type="checkbox"/> 3. 動物へのアレルギーが強いため不可 動物名 (_____)		医師名 _____
B-2. 常用する内服薬 <input type="checkbox"/> 1. 抗ヒスタミン薬 <input type="checkbox"/> 2. その他 (_____) <input type="checkbox"/> 3. なし		C. 発汗後 <input type="checkbox"/> 1. 配慮不要 <input type="checkbox"/> 2. 配慮必要 (_____) <input type="checkbox"/> 3. (可能な場合) シャワー浴		医療機関名 _____
		D. その他の配慮・管理事項 (自由記載)		④

【アトピーについての質問表】

受験番号()

氏名 ()

① どのような時期に悪化しますか？

- 悪化しやすい季節があれば記入してください。
例)湿度が高く汗をかきやすい夏に悪化する、乾燥する冬に悪化するなど
- その他、悪化しやすい環境や条件があれば記入してください。


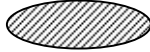

② どのような自己管理(スキンケア)をしていますか？

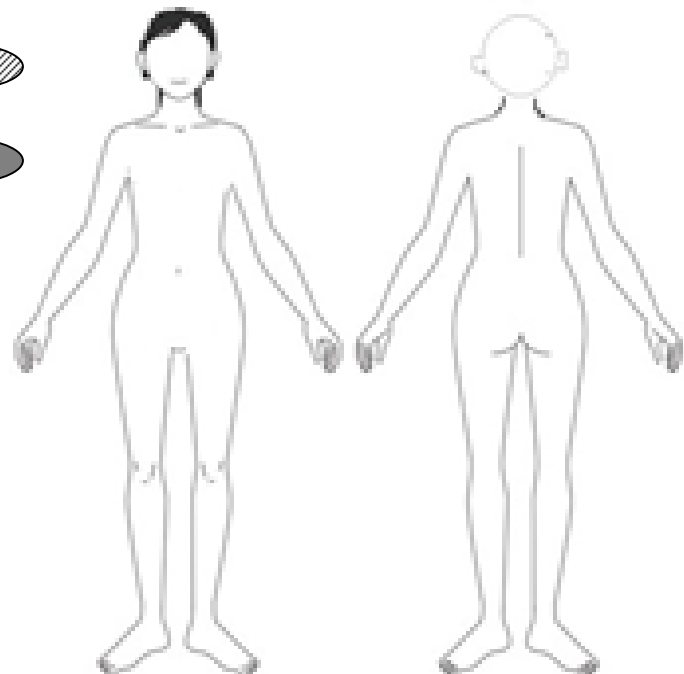
(例)「夏は汗をかきやすく湿度が上昇すると悪化する傾向になるため、汗をかいたらシャワーを浴びて、清潔に保つようになっている。」、「シャワーを浴びて、保湿剤を使うようになっている。」など具体的に記入してください。

③ 悪化時は、どのような対策をとるようにしていますか？

- 対策
- 対策は、主治医と相談した内容ですか？ (○をつけてください) はい ・ いいえ

④ 現在の皮膚の状態について、以下のような症状のある部位を、図に記してください。

- かゆいところ、乾燥しているところ 
- 赤いところ 
- かさぶた 



要提出

様

連絡期限： 年 月 日

派遣国：

承諾書提出期限： 年 月 日

隊次：

貴殿は、派遣前および派遣中、顧問医の指示により必要な検査等を行い、結果を報告していただく健康上条件付派遣の対象者となりました。以下をご確認いただき、上記連絡期限までに JICA 健康管理室(海外班) (expertvolunteerkenko@jica.go.jp) へ、件名に派遣国・隊次・お名前をご記載の上ご連絡ください。派遣に際して必要な健康上の条件について詳しくご説明します。

【必要とされる検診の種類と期間(について)】

①

その上で、以下についてご同意される場合は、下記署名欄に署名し、上記提出期限までに JICA 健康管理室(海外班)宛てにご送付願います。なお、安全配慮を目的として、貴殿が健康上条件付派遣者であることを、訓練所長、在外事務所長及び担当者に通知しますのでご了承下さい。なお、貴殿の個人情報、関連する法令及びJICA内部規程に基づき適正に管理いたします。

国際協力機構 健康管理室、青年海外協力隊事務局

健康上条件付派遣に関する承諾書

- 健康管理に関する JICA の助言を順守しない場合や報告結果で病状の悪化がみられる場合、合意書¹のに基づき、「健康診断の結果、乙(貴殿)の健康状態に異常があり、派遣が困難であると甲(当機構)が判断した場合又は派遣期間中に乙が心身の故障の為に業務遂行に耐えられないと認められる場合」として、派遣中止および派遣期間短縮(途中帰国)を検討すること。
なお、報告結果で病状が改善される場合は、指導内容が変更になることもある。
- 派遣期間中は、自律的に健康管理に取り組むこと。
- 検診等の結果については、速やかに JICA 健康管理室に報告すること。また、派遣前の場合は、健康状態によっては派遣日程に変更が生じること。
- 必要な検診等を自己負担により行うこと(検診等のための費用は、派遣開始日から1年毎に「要した額の7割且つ10万円」を上限として国際協力共済会の内規に基づき補助が受けられる)。
- 定期報告に診断書が必要な場合、その文書料についても費用補助対象とならず、自己負担となること。
- 健康上の条件によっては、JICA が別に定める制度の範囲内で、隊員本人の費用負担により本邦又は第三国に渡航が必要となる場合があること。

私は、健康上条件付派遣に関する JICA の説明を理解し、上記項目について承諾いたします。

年 月 日

氏名

印

承諾書送付先：

〒102-8012 東京都千代田区二番町 5-25 二番町センタービル 独立行政法人 国際協力機構 健康管理室(海外班)

¹ 「JICA ボランティアの派遣に関する合意書」第13条(合意内容の変更、合意の解除)第2項第3号

以下の URL で合意書の内容をご覧ください。

長期派遣：<https://www.jica.go.jp/volunteer/qualifier/long/2-5.html>

短期派遣：https://www.jica.go.jp/volunteer/qualifier/short/training_short/doc_short3.html

在外健康管理員の配置国と兼轄体制

20220707 (202208派遣見込を含む)

派遣増枠	配置国	兼轄国	派遣増枠	配置国	兼轄国	派遣増枠	配置国	兼轄国
	インド	アフガニスタン (パキスタン)		フィジー	トンガ、バヌアツ、キリバス、ナウル、ツバル、クック諸島、ニウエ、(サモア)		ホンジュラス	(ニカラグア)
★	パキスタン		★	サモア		★	ニカラグア (202208)	
	インドネシア			パラオ	ミクロネシア、マーシャル		エチオピア	(ジブチ)
	ウズベキスタン	ジョージア、アルメニア、アゼルバイジャン、(タジキスタン)		パプアニューギニア	(ソロモン)	★	ジブチ	
★	タジキスタン		★	ソロモン			ウガンダ	南スーダン
	カンボジア			ヨルダン	イラク、パレスチナ、シリア、レバノン、イラン		ガーナ	シエラレオネ、リベリア、ナイジェリア
	キルギス	カザフスタン		エジプト	イエメン、サウジアラビア、(バルカン(セルビア)、アルバニア、マケドニア、ボスニアヘルツェゴビナ、コソボ、モンテネグロ)		カメルーン	(コンゴ共和国)、チャド、赤道ギニア、サントメ・プリンシペ、(コンゴ民主共和国)(ガボン)
	スリランカ	(モルディブ)				★	ガボン	
★	モルディブ		★	トルコ	イラン、バルカン(セルビア)、アルバニア、マケドニア、ボスニアヘルツェゴビナ、コソボ、モンテネグロ	★	コンゴ民主共和国	コンゴ共和国
	タイ	(マレーシア)					ケニア	エリトリア、セーシェル、ソマリア、スーダン
★	マレーシア			モロッコ	チュニジア (アルジェリア)		ザンビア	
	ネパール			エクアドル	(ペルー)、コロンビア、ベネズエラ		セネガル	ガンビア、カーボヴェルデ、ギニア、ギニアビサウ、マリ、モーリタリア
	バングラデシュ		★	ペルー			タンザニア	
	フィリピン			グアテマラ	メキシコ、エルサルバドル、ベリーズ (エルサルバドル)	★	チュニジア (202208)	アルジェリア
	ブータン		★	エルサルバドル			ベナン	(ブルキナファソ)
	ベトナム			ドミニカ共和国	キューバ、ハイチ、(ジャマイカ)	★	コートジボアール	トーゴ、ニジェール
	ミャンマー		★	ジャマイカ			マダガスカル	コモロ、モーリシャス
	モンゴル			パナマ	(コスタリカ)、セントルシア、アンティグアバーブーダ、バルバドス、ドミニカ、グレナダ、セントクリストファー・ネイビス、セントビンセント、トリニダードトバコ、ガイアナ、スリナム		マラウイ	
	ラオス		★	コスタリカ			モザンビーク	
	東ティモール			パラグアイ	ウルグアイ		ルワンダ	ブルンジ
				ブラジル	アルゼンチン		南アフリカ	ナミビア、ジンバブエ、レソト、スワジランド、アンゴラ、(ボツワナ)
				ボリビア	チリ	★	ボツワナ	

2017年度～2021年度選考実績を以下に示す。

1) 青年海外協力隊（長期派遣）

	2017 春	2017 秋	2018 春	2018 秋	2019 春	2019 秋	2020 春	2021 春
応募者数	1,314	1,235	1072	958	986	1250	1184	1467
一次選考合格者数	1,041	947	862	764	734	875		
二次選考合格者数	647	540	774	433	459	529		

注：春、秋募集期の合格者とは別に、提携先の特定企業から随時募集・選考を行う「民間連携ボランティア」がある。この制度を利用する受験者は、春、秋に抛らず随時健康判定が発生する。（2017年度の民間連携ボランティアの選考実績：長期23名、短期1名）

2) シニア海外ボランティア（長期派遣）

	2017 春	2017 秋	2018 春	2018 秋	2019 春	2019 秋	2020 春	2021 春
応募者数	428	564	250	455	98	150	231	121
一次選考合格者数	251	333	71	217	64	86		
二次選考合格者数	99	89	32	77	31	31		

3) 短期ボランティア

2017 年度	第一回	第二回	第三回	第四回	連携案件	合計
応募者数	54	84	68	45	187	438
一次選考合格者数	28	50	22	23	182	305
二次選考合格者数	19	38	12	16	165	250

2018 年度	第一回	第二回	第三回	第四回	連携案件	合計
応募者数	14	30	23	81	155	303
一次選考合格者数	5	16	8	50	155	234
二次選考合格者数	4	11	5	27	122	169

2019 年度	第一回	第二回	第三回	第四回	連携案件	合計
応募者数	159	109			124	392
一次選考合格者数	104	50			111	265
二次選考合格者数	65	29			121	215

※2020年度以降、コロナ禍により短期ボランティアの募集・選考中止。

10 健康に関する留意事項

JICA では、日本とは大きく生活環境（気候・ライフライン・文化背景等）や医療事情が異なる開発途上国に、長期間生活の場が移るという特殊性を考慮し、JICA 海外協力隊の選考に際し、健康審査を慎重に行った上で、派遣の可否ならびに派遣国を判断します。持病のある方、治療中の傷病（歯科治療を含む）がある方、定期的に検査等を必要とされる方は、主治医とご相談いただき、完治した状態で応募されるようお願いいたします（本項目下段の疾患例を参照ください）。また、感染症からご自身の身を守り、さらに周囲への感染を防ぐため、派遣前の予防接種を強く勧奨しています（派遣国・地域によっては接種が必須となります）。このため合格後の派遣前訓練期間中に、訓練所において集団での予防接種を実施しますのでご承知おきください。応募時に提出する問診票の記入にあたっては、アレルギー、

怪我等、完治した傷病も含めて正確に申告してください。既往症をお持ちであるにも関わらず、申告がされなかった場合、または問診票の申告内容に虚偽があることが判明した場合、派遣期間の短縮または派遣自体を中止する場合があります。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。合格後に新たな疾患や既往症の再発が発覚した場合は、再度健康審査を行い、派遣の可否をあらためて判断します。派遣前訓練中もしくは現地への派遣後であっても、派遣延期または派遣取り消し（派遣後の場合は任期短縮）となる場合があります。派遣中は海外旅行保険に加入し、医療費など保険請求を行えますが、既往の傷病については、医療費及び緊急移送サービスの経費は保険ではカバーされないため、多額の自己負担が生じる可能性があります。

① 派遣不可となる疾患例

下記の疾患をお持ちの方（疾患によっては既往症も含む）は、JICA 海外協力隊としての派遣は困難です。あらかじめご了承ください。

病名等	派遣不可理由
心疾患・脳血管疾患	異常の早期発見や適切な対応が困難であり、開発途上国での管理は非常に困難なため。
悪性腫瘍（癌）	現在治療中あるいは手術後の経過観察中の場合は異常の早期発見や適切な対応が困難であるため。
精神科・心療内科疾患	治療中の場合、開発途上国で悪化する危険性が高いため。
糖尿病	インシュリン注射による治療中など（すでに症状が治まっている方も、インシュリン注射を使用している場合は同様）血糖コントロールが不良の方や、すでに合併症を併発している方は、開発途上国での管理は非常に困難なため。
肝機能障害・腎機能障害	著しい肝機能障害、腎機能障害がある場合、開発途上国での管理は非常に困難なため。
胃・十二指腸潰瘍	活動性の胃・十二指腸潰瘍を認める場合、開発途上国での管理は非常に困難なため。
その他	注射治療中（自己注射を含む）の方：主治医の指示のもと継続治療が必要な状態であることに加え、現地での医療器具および医薬品の確保・衛生的保管が困難なため。

② 派遣不可となる可能性のある疾患例

下記の疾患をお持ちの方（既往症を含む）は、開発途上国での活動中に再発や症状の悪化がみられる場合があるため、健康審査の結果、派遣不可となる場合があります。あらかじめ主治医とよくご相談の上ご応募ください。

病名等	リスク、留意点
精神科・心療内科疾患	既往歴のある方は環境の変化やストレスによって再発する可能性があります。文化や母国語が違国での治療は非常に困難です。
高血圧症	未治療やコントロール不良な高血圧症は合併症を併発する危険があります。
気管支喘息	現在治療中の方や最近発作を起こした方は、環境の変化やストレス等により発作を起こしやすくなります。

病名等	リスク、留意点
結核性疾患	現在治療中あるいは治療直後の方は、経過観察が必要です。
痔	現在症状のある方や手術直後の方は、食生活の変化により容易に悪化する可能性があります。
貧血	派遣先にはマラリアをはじめ、貧血を悪化させる感染症が流行している地域があります。貧血傾向の方がそうした感染症に罹患すると非常に危険です。特に鉄欠乏性の貧血になりがちな女性は、日ごろから食事などで鉄分の摂取を心がけることが重要です。
アトピー性皮膚炎	派遣先の気候や生活環境によっては皮膚の清潔が保ちにくくなり、症状を悪化させる可能性があります。日帰的な保湿による再燃や悪化の予防と、状態に応じセルフケアができることが重要です。
整形外科疾患	派遣先の交通事情、生活環境等により症状が悪化する疾患があります。
婦人科疾患	月経不順をはじめ婦人科疾患で治療中、または治療直後、手術直後の方は、一定期間の経過観察が必要です。また、月経不順や過多月経を治療せず放置した場合、症状が悪化することがあります。
アレルギー	日本にはないアレルギー要因物質と接触して、突然強いアレルギー症状が出ることもあります。アナフィラキシーの既往がある場合、日本と比べ医療事情が悪いため注意が必要です。
極度の肥満・やせ	肥満は様々な生活習慣病を引き起こす健康の大敵です。また、極度のやせの方は抵抗力が弱いめ病気にかかりやすいうえ、病気になる場合は、治療期間が長引く可能性があります（BMI 一般的基準値：18.5 以上 25.0 未満）。
その他定期検査を要する疾患	1ヶ月毎、3ヶ月毎のように定期的な検査や診察が必要と判断される場合、病状により、派遣不可と判断される場合があります（歯科治療（虫歯、インプラント、矯正等）含む）。

③ 任地が高地（標高2,000メートル以上）の要請に応募される皆様へ

日本では、日常生活に支障がない、あるいは治療の必要がない疾患でも、高地での環境（低気圧・低酸素・極度の乾燥）により持病が悪化する可能性があります。特に循環器疾患・呼吸器疾患・生活習慣病（高血圧症・脂質異常症・糖尿病・高尿酸血症・肥満症等）が既往症としてある方や年齢の高い方は、高地の環境に適応しづらくなります。ご自身が応募される国の首都や任地が高地であるか確認の上、応募前に、ご自身の健康状態を把握し、主治医と十分相談して応募の可否についてご検討ください。

● 標高 2,000 メートル以上の地域がある国

地域	国名
アジア地域	ブータン
アフリカ地域	エチオピア、ケニア
中南米地域	メキシコ、グアテマラ、コロンビア、エクアドル、ペルー、ボリビア

④ 56歳以上の方（応募時で54歳以上）への髄膜炎菌感染症のリスクのある国への派遣について

髄膜炎菌感染症の予防には、ワクチンが有効ですが、本邦で使用が承認されているワクチン（商品名：メナクトラ）には、56歳以上への試用経験が少なく有効性・安全性が確立されていないと言われているため、予防接種を受けることが困難です。そのため、応募者で訓練所入所時に56歳に達する可能性のある方（応募時で54歳以上）は、原則として以下のリストにある国への応募はできません。

髄膜炎菌感染症のリスクのある国（派遣休止国）	ガーナ、セネガル、ベナン、ガボン、カメルーン、ウガンダ、エチオピア、ケニア、ジブチ、タンザニア、ルワンダ（ブルキナファソ、スーダン）
------------------------	--

4 選考について

1 選考内容（一般案件／シニア案件）

※以下の選考過程を通じて、人物、技術、語学、健康、適性の観点で総合的に審査を行います。

一次選考	書類審査	応募書類をもとに要請への適合性などを総合的に一次審査します。 (二次選考でも引き続き審査を行います。)
	健康審査	応募時に提出された「問診票」および「健康診断書」をもとに応募者の健康状態を審査します。(二次選考でも引き続き審査を行います。) ※「問診票」および「健康診断書」の内容によっては追加指示(再検査等)が出る場合があります。
	適性テスト	ウェブ版となります。受験は必須です。未受験の場合は、選考対象外となります。詳細はJICA海外協力隊応募者用マイページにてお知らせします。
	語学力審査	語学力証明書をもとに審査します。 (二次選考でも引き続き審査を行います。)
	技術審査 (シニア案件のみ)	提出された書類をもとに技術について審査します。
二次選考	会場	ウェブ面接(予定) ※状況によっては、変更となる場合があります。
	人物審査・ 技術審査	JICA海外協力隊としての適性について、人物、技術の観点から面接を行います。職種によっては、面接の他に指定課題の提出(文章、図、作品の写真、動画等)を求めます。詳しくは、一次選考の可否通知の際にお知らせします。
	健康審査	応募時に提出された「問診票」および「健康診断書」、およびその後の追加指示(再検査等)の結果を踏まえて応募者の健康状態を審査します。
最終選考	可否判定	一次選考と二次選考の結果を総合的に判断して可否を決定します。

※選考の結果、合格ラインをクリアしているものの、募集中の要請内容には適合しない等の理由であってはまる要請がない場合、「登録」について意思確認のご連絡をさしあげます。登録者は、合格者が辞退した場合などに繰上げ合格の対象となります。期間は1年間です。登録期間中、身分上の拘束関係はありません。

5 新型コロナウイルス感染症への対応について

■派遣再開について

2020年4月までに、JICA 海外協力隊全員が日本に一時帰国しました。その後、隊員の派遣再開については、現地の人々と共に生活しながら活動するという理念の下、派遣国・地域における感染状況や医療事情等の条件が整っていることを前提として、国毎、案件(要請)毎に隊員活動ができることを確認されたところから開始しています。

■新型コロナウイルスのワクチン接種について

医療事情が脆弱な途上国において活動する隊員の皆様の健康と安全に配慮するため、当面の間、原則としてワクチン接種を終えた方を隊員として派遣することとしています。ワクチン接種のメリット、デメリットを勘案してご自身の判断で応募を検討願います。

■感染症予防対策について

2021年度の派遣前訓練に関しては、感染予防の観点から、一隊次あたりの人数の低減(例年の半数以下)と集合訓練期間の短縮(70日間から約45日間に短縮)を行い、訓練所入所前には2週間指定の場所で健康観察を行うと共にPCR検査を実施しています。2022年度以降については派遣前訓練実施時期の状況によって変更する可能性があります。

任国での活動においては、派遣国の感染状況を踏まえて設定される新型コロナウイルス感染症の予防措置をとった生活、活動上の制約、またそれが十分でない場合には日本で推奨される新しい生活様式等を踏まえての活動、生活を行うこととしています。

なお、派遣前に新型コロナウイルス感染症に関する予防・啓発研修を実施しています。



photo: JICA/Takeshi Kuno

作成日 2022年 6月 6日

国別集計表（全隊員合計）

2022年 5月31日 現在

国名	派遣中		帰国		累計		
フィジー	1	(0)	738	(306)	739	(306)	
キリバス	0	(0)	59	(33)	59	(33)	
マーシャル	0	(0)	285	(155)	285	(155)	
ミクロネシア	0	(0)	448	(197)	448	(197)	
パプアニューギニア	0	(0)	797	(9)	797	(9)	
ソロモン	0	(0)	457	(206)	457	(206)	
トンガ	0	(0)	562	(284)	562	(284)	
バヌアツ	0	(0)	401	(204)	401	(204)	
サモア	0	(0)	686	(189)	686	(189)	
バラオ	8	(3)	280	(131)	288	(134)	
<大洋州地域>	人数	9	(3)	4,713	(1,714)	4,722	(1,717)
	国数	2	(1)	10	(10)	10	(10)
ベリーズ	1	(1)	191	(113)	192	(114)	
コスタリカ	0	(0)	731	(299)	731	(299)	
キューバ	0	(0)	1	(0)	1	(0)	
ドミニカ	0	(0)	41	(14)	41	(14)	
ドミニカ共和国	18	(11)	1,011	(464)	1,029	(475)	
エルサルバドル	3	(2)	586	(265)	589	(267)	
グアテマラ	7	(2)	799	(408)	806	(410)	
ホンジュラス	1	(1)	1,433	(704)	1,434	(705)	
ジャマイカ	0	(0)	462	(207)	462	(207)	
メキシコ	0	(0)	482	(242)	482	(242)	
ニカラグア	4	(0)	657	(401)	661	(401)	
パナマ	2	(2)	551	(227)	553	(229)	
セントルシア	2	(1)	262	(140)	264	(141)	
セントビンセント	0	(0)	54	(27)	54	(27)	
アルゼンチン	0	(0)	496	(195)	496	(195)	
ボリビア	5	(4)	1,318	(709)	1,323	(713)	
ブラジル	5	(3)	1,169	(682)	1,174	(685)	
チリ	0	(0)	315	(161)	315	(161)	
コロンビア	0	(0)	446	(163)	446	(163)	
エクアドル	1	(1)	722	(377)	723	(378)	
ガイアナ	0	(0)	51	(18)	51	(18)	
パラグアイ	12	(4)	1,762	(931)	1,774	(935)	
ペルー	3	(2)	551	(201)	554	(203)	
ウルグアイ	1	(1)	175	(56)	176	(57)	
ベネズエラ	0	(0)	105	(57)	105	(57)	
カナダ	0	(0)	5	(1)	5	(1)	
<北米中南米地域>	人数	65	(35)	14,376	(7,062)	14,441	(7,097)
	国数	14	(13)	26	(25)	26	(25)
イラン	0	(0)	1	(0)	1	(0)	
ヨルダン	12	(7)	855	(381)	867	(388)	
シリア	0	(0)	677	(262)	677	(262)	
イエメン	0	(0)	68	(29)	68	(29)	
エジプト	11	(6)	306	(203)	317	(209)	
モロッコ	0	(0)	1,162	(450)	1,162	(450)	
チュニジア	8	(6)	514	(195)	522	(201)	
<中東地域>	人数	31	(19)	3,583	(1,520)	3,614	(1,539)
	国数	3	(3)	7	(6)	7	(6)

作成日 2022年 6月 6日

国別集計表（全隊員合計）

2022年 5月31日 現在

国名	派遣中		帰国		累計		
スーダン	0	(0)	96	(52)	96	(52)	
ボツワナ	2	(1)	406	(160)	408	(161)	
エチオピア	0	(0)	766	(215)	766	(215)	
ガーナ	19	(14)	1,436	(580)	1,455	(594)	
ケニア	28	(21)	1,728	(521)	1,756	(542)	
レソト	0	(0)	5	(0)	5	(0)	
リベリア	0	(0)	167	(25)	167	(25)	
マラウイ	19	(11)	1,884	(798)	1,903	(809)	
ナミビア	9	(6)	145	(34)	154	(40)	
南アフリカ共和国	4	(0)	139	(15)	143	(15)	
エスワティニ	0	(0)	8	(0)	8	(0)	
ウガンダ	25	(15)	771	(367)	796	(382)	
タンザニア	0	(0)	1,679	(476)	1,679	(476)	
ザンビア	3	(1)	1,606	(535)	1,609	(536)	
ジンバブエ	6	(2)	549	(252)	555	(254)	
ベナン	0	(0)	332	(233)	332	(233)	
ブルキナファソ	0	(0)	400	(253)	400	(253)	
ブルンジ	0	(0)	12	(4)	12	(4)	
カメルーン	13	(7)	167	(90)	180	(97)	
コートジボワール	0	(0)	173	(113)	173	(113)	
ジブチ	3	(3)	148	(74)	151	(77)	
ガボン	16	(14)	179	(107)	195	(121)	
マダガスカル	20	(15)	210	(151)	230	(166)	
マリ	0	(0)	11	(6)	11	(6)	
モザンビーク	9	(5)	332	(159)	341	(164)	
ニジェール	0	(0)	684	(387)	684	(387)	
ルワンダ	22	(8)	305	(153)	327	(161)	
セネガル	0	(0)	1,176	(685)	1,176	(685)	
<アフリカ地域>	人数	198	(123)	15,514	(6,445)	15,712	(6,568)
	国数	15	(14)	28	(26)	28	(26)
トルコ	0	(0)	74	(25)	74	(25)	
ブルガリア	0	(0)	252	(130)	252	(130)	
ルーマニア	0	(0)	116	(81)	116	(81)	
セルビア	5	(3)	27	(13)	32	(16)	
ハンガリー	0	(0)	135	(68)	135	(68)	
ポーランド	0	(0)	104	(46)	104	(46)	
<欧州地域>	人数	5	(3)	708	(363)	713	(366)
	国数	1	(1)	6	(6)	6	(6)
インドネシア	0	(0)	1,034	(483)	1,034	(483)	
マレーシア	11	(4)	1,616	(611)	1,627	(615)	
フィリピン	0	(0)	1,682	(504)	1,682	(504)	
タイ	11	(6)	1,078	(441)	1,089	(447)	
カンボジア	20	(11)	767	(364)	787	(375)	
ラオス	16	(6)	1,025	(405)	1,041	(411)	
東ティモール	0	(0)	116	(64)	116	(64)	
ベトナム	20	(13)	674	(347)	694	(360)	
ミャンマー	0	(0)	63	(17)	63	(17)	
<東南アジア>	人数	78	(40)	8,055	(3,236)	8,133	(3,276)
	国数	5	(5)	9	(9)	9	(9)
中華人民共和国	0	(0)	849	(557)	849	(557)	
モンゴル	0	(0)	721	(379)	721	(379)	
<東アジア>	人数	0	(0)	1,570	(936)	1,570	(936)
	国数	0	(0)	2	(2)	2	(2)

作成日 2022年 6月 6日

国別集計表（全隊員合計）
2022年 5月31日 現在

国名		派遣中		帰国		累計	
キルギス		2	(2)	278	(164)	280	(166)
タジキスタン		1	(1)	16	(10)	17	(11)
ウズベキスタン		3	(2)	340	(188)	343	(190)
<中央アジア>	人数	6	(5)	634	(362)	640	(367)
	国数	3	(3)	3	(3)	3	(3)
ブータン		11	(3)	610	(196)	621	(199)
バングラデシュ		0	(0)	1,284	(527)	1,284	(527)
インド		3	(1)	236	(91)	239	(92)
モルディブ		0	(0)	358	(157)	358	(157)
ネパール		0	(0)	1,436	(622)	1,436	(622)
パキスタン		0	(0)	218	(121)	218	(121)
スリランカ		3	(2)	1,150	(629)	1,153	(631)
<南アジア>	人数	17	(6)	5,292	(2,343)	5,309	(2,349)
	国数	3	(3)	7	(7)	7	(7)
合 計	人数	409	(234)	54,445	(23,981)	54,854	(24,215)
	国数	46	(43)	98	(94)	98	(94)

(2022年 5月31日 時点データ)

() 内は女性隊員内数

隊員区分 一般隊員 一般短期 シニア隊員 シニア短期 CC・MC CC・MC短期 日系青年 日系青短期 日系シニア シニア日短
シニア海外 シニア海短