

# 病歴申告書 MEDICAL HISTORY

本人または親権者が記入してください。日本語又は英語で明瞭に記入してください。  
To be completed by the applicant or trainees. Please fill out in **JAPANESE** or **ENGLISH** 署名欄は必ず自筆してください。Signature must be in your own handwriting

氏名/FULL NAME

男/M

姓/Surname : \_\_\_\_\_

女/F

名/Given Name : \_\_\_\_\_

他/Non-binary

生年月日/DATE OF BIRTH

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?

いいえ/No

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.?

いいえ/No

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) 障がい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.

2. 過去の病歴/Past Medical History

(a) これまでに心臓、肝臓、腎臓疾患等の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 illness such as heart, hepatic, kidney disease, etc.?

<input type="checkbox"/> いいえ/No	<input type="checkbox"/> はい/Yes 病名/Please specify ( )
---------------------------------	----------------------------------------------------------

(b) 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?

<input type="checkbox"/> いいえ/No	<input type="checkbox"/> はい/Yes 誰が、いつ/Please specify, who /when ( )
---------------------------------	---------------------------------------------------------------------------

(c) 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?

<input type="checkbox"/> いいえ/No	<input type="checkbox"/> はい/Yes 病名/Please specify ( )
---------------------------------	----------------------------------------------------------

(d) これまでに睡眠障害、摂食障害、その他の適応障害がありましたか。  
 Have you ever had any sleeping, eating or other disorders?

<input type="checkbox"/> いいえ/No	<input type="checkbox"/> はい/Yes 詳細/Please specify ( )
---------------------------------	----------------------------------------------------------

(e) 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・Phlegm・Hemoptysis・Sweating in sleep・Weight loss・Fever

<input type="checkbox"/> いいえ/No	<input type="checkbox"/> はい/Yes 詳細/Please specify ( )
---------------------------------	----------------------------------------------------------

3. その他健康面の懸念/Other Medical Issues

1～2 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 issues/conditions that are not described above, please indicate below.

**【研修員記入欄】**

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、申告しなかった病歴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。

私は来日研修に参加した場合、この申告書が研修関係者に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 Medical History 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 : \_\_\_\_\_

**【未成年者の保護者記入欄】**

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、私の子供について申告しなかった病歴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、私の子供が来日研修に参加した場合、この申告書が本研修関係者に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 Medical History will be checked by the people who are engaged in the program during my stay in Japan.

取扱注意  
CONFIDENTIAL

様式第 4 号（第 2 条及び第 14 条関係）

日付／Date : \_\_\_\_\_ 署名／Signature : \_\_\_\_\_

氏名／Print Name : \_\_\_\_\_

続柄／Relationship : \_\_\_\_\_

- ※ 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