

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 ☐ 男／M
姓／Surname : _____ 名／Given Name : _____ ☐ 女／F

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 (preferably, written in English) that describes current status of your illness and agreement to join the program.

(b) 妊娠していますか。Are you pregnant?

<input type="checkbox"/> いいえ／No	<input type="checkbox"/> はい／Yes : 妊娠月数／Month of pregnancy (_____)ヶ月／Month)
---------------------------------	--

(c) 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 or food?

<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／Name of medication/food you are allergic to. (_____)
---------------------------------	--

(d) 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.

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?

<input type="checkbox"/> いいえ／No	<input type="checkbox"/> 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?

<input type="checkbox"/> いいえ／No	<input type="checkbox"/> はい／Yes 病名／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完全に回答したことを証します。私は、明記されなかった健康状態から生じた健康状態が JICA により補償されず、研修中止に至ることを理解し、認めます。

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

I understand and accept that medical conditions resulting from an undisclosed pre-existing condition may not be financially compensated by JICA and may result in termination of the program.

日付／Date : _____ 署名／Signature : _____

氏名／Print Name : _____

以上／END