様式第4号

Form 4

**病 歴 申 告 書**

**MEDICAL STATUS AND RESTRICTION**

本人が記入してください。日本語又は英語にて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

 □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（、、など）を受けていますか。Have you taken any medicine or had a medical checkup by a physician for your illness such as diabetes, hypertension, asthma, etc.? |
| □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（医師が日本での研修に参加することが可能と同意しているレター）を添付してください。*If yes, please attach your doctor's letter (preferably, written in English) that describes the current status of your illness, and gives agreement to your participation in the program.* |

|  |
| --- |
| (b) 薬または食べ物、花粉のアレルギー等はありますか。Do you have any allergies with medicine, food, pollen, etc.? |
| □いいえ／No | □はい／Yes　何に対するアレルギーか記載してください。また、どのような症状がでるかを具体的に書いてください。（かゆみ、じんましん、など）What kind of allergic symptoms do you have such as itch, rash, hives, etc.?（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

|  |
| --- |
| (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.  |

|  |
| --- |
| (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） |

1. 過去の病歴／Medical History

|  |
| --- |
| (a)（、、など）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.? |
| □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　←はいの場合は3か月以内のレントゲン撮影時の医師の所見（レター、レントゲン写真は不要）を添付してください。If yes, please attached the letter from your doctor (translated in English) at the time of Xray taken within 3 months of this application date.詳細（誰が、いつ診断を受けましたか？）／Please specify who/whe（　　　　　　　　　　　　　　　　　 ） |

|  |
| --- |
| (d) 過去 3 ヶ月間に次のような症状がありましたか。・・をして血が出る・寝ているときに汗が大量に出る・体重が大きく減る・」Have you had any of the following symptoms in the past 3 months? Cough・Phlegm・Hemoptysis・Sweating in sleep・Weight loss・Fever |
| □はい／Yes　詳細／Please specify [ ] ）[ ] 既にこれらの症状は無くなっている。[ ]  Symptom has already disappeared.症状に対しての診断名Diagnose as（　　　　　　　 　）[ ] 治療済み cured/　[ ] 治療中 Under treatment 薬について／Name of medicine taken if any　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

1. その他の健康上の問題／Other Medical Issues/Conditions

|  |
| --- |
| もしも、その他健康上の問題で、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 issues/conditions 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