

JOCV受験番号	1	8	0	0	
----------	---	---	---	---	--

問診票

2018年度 春募集 青年海外協力隊／日系社会青年ボランティア

※未記入があると、書類不備で不合格となる可能性があります。
太枠実線内を黒か青のボールペンで記入してください。

[本人記入欄↓]

職種コード				職種名	応募回数	
					回目	

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>	19	年 月 日	歳	男・女
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国際協力人材部健康管理課、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。なお、帰国後5年間は、医療カルテとして保管いたします。

登録及び不合格となった場合は、応募書類として3年間は保管させていただき、再応募の際に参考にさせていただく場合がありますのでご了承ください。

【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るほか、療養費給付が受けられないことがあります。

[Official use: JICA記入欄]

※記入しないでください。

総合判定	(コメント)
------	--------

JOCV受験番号	1	8	0	0	
----------	---	---	---	---	--

【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 最後に受けた健康診断はいつですか

_____ 年 _____ 月

受診日不明

④ ストレス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 現在気になる症状がある場合はチェックし、受診の有無と詳しい症状を記入してください

現在気になる症状	病院での受診有無	詳しい症状
<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	(_____)
<input type="checkbox"/> 息切れ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	(_____)
<input type="checkbox"/> むくみ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	(_____)
<input type="checkbox"/> 体重減少	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	(_____)
<input type="checkbox"/> 食欲不振	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	(_____)
<input type="checkbox"/> 動悸	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	(_____)
<input type="checkbox"/> 胸の痛み	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	(_____)
<input type="checkbox"/> 咳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	(_____)
<input type="checkbox"/> 体重増加	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	(_____)
<input type="checkbox"/> 疲労感	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	(_____)
<input type="checkbox"/> 腰痛	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	(_____)
<input type="checkbox"/> 緊張感	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	(_____)
<input type="checkbox"/> 腹痛	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	(_____)
<input type="checkbox"/> 不眠	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	(_____)
<input type="checkbox"/> 不安感	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	(_____)
<input type="checkbox"/> めまい	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	(_____)
<input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	(_____)
<input type="checkbox"/> しびれ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	(_____)
<input type="checkbox"/> その他 (症状: _____)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	(_____)

JOCV受験番号	1	8	0	0	
----------	---	---	---	---	--

【2】以下の病気に関し、該当する項目に必要な情報を記入してください。

現在治療中: 病気やけがで定期的に通院している、また、内服による治療を継続しているなど

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などの必要がある状態

既往症: これまでにかかったことのある病気で、現在は治癒しているもの

治療中	経過観察中	既往症		治療中	経過観察中	既往症	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	脳梗塞	<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"/>	脳出血	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	腰痛症
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	その他の脳血管障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	靭帯損傷
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	心筋梗塞	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	関節疾患
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	狭心症	<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"/>	不整脈	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	発達障害
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	高血圧	<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"/>	川崎病	<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"/>	結核	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	不安障害
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	喘息	<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"/>	糖尿病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	統合失調症
<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"/>	不眠症
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	高尿酸血症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	円錐角膜
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	痛風発作	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	網膜剥離
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	貧血	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	緑内障
<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"/>	慢性中耳炎
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	尿管結石	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	副鼻腔炎
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	前立腺肥大	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	子宮筋腫
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	腎炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	卵巣のう腫
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	甲状腺疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	子宮内膜症
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	リウマチ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	顎関節症
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	膠原病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	歯科矯正
<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"/>	歯科インプラント
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	肝炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	がん 病名:()
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	胆石症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	その他① 病名:()
<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"/>	その他② 病名:()
<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③ 病名:()
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	痔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	その他④ 病名:()

【3】【2】でチェックした項目それぞれに対し、下記に詳細を記入して下さい。

病名() 発症年齢()歳 治癒した年齢()歳 内服薬/外用薬の使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 内服薬/外用薬名() 通院間隔() 手術を受けた年齢()歳	病名() 発症年齢()歳 治癒した年齢()歳 内服薬/外用薬の使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 内服薬/外用薬名() 通院間隔() 手術を受けた年齢()歳
病名() 発症年齢()歳 治癒した年齢()歳 内服薬/外用薬の使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 内服薬/外用薬名() 通院間隔() 手術を受けた年齢()歳	病名() 発症年齢()歳 治癒した年齢()歳 内服薬/外用薬の使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 内服薬/外用薬名() 通院間隔() 手術を受けた年齢()歳
病名() 発症年齢()歳 治癒した年齢()歳 内服薬/外用薬の使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 内服薬/外用薬名() 通院間隔() 手術を受けた年齢()歳	病名() 発症年齢()歳 治癒した年齢()歳 内服薬/外用薬の使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 内服薬/外用薬名() 通院間隔() 手術を受けた年齢()歳

※[事務局使用欄↓]

※記入しないでください。

JOCV受験番号	1	8	0	0	
----------	---	---	---	---	--

【4】アレルギーに関し、項目に必要な情報を記入してください。

アレルギー	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
アレルギーの種類(複数選択可)	<input type="checkbox"/> 食物 (_____) <input type="checkbox"/> 動物 <input type="checkbox"/> 花粉 <input type="checkbox"/> 薬剤 (_____) <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 (_____)	

【5】喫煙に関し、項目に必要な情報を記入してください。

喫煙	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 → (_____ 本/日 _____ 年間)	<input type="checkbox"/> 過去に吸っていた → (_____ 本/日 _____ 年間)
----	----------------------------	--	---

【6】飲酒に関し、項目に必要な情報を記入してください。

飲酒	<input type="checkbox"/> 1週間に4回以上	<input type="checkbox"/> 1週間に2~3回	<input type="checkbox"/> 1か月に2~4回
	<input type="checkbox"/> 1か月に1回以下	<input type="checkbox"/> 飲まない(飲めない)	
飲酒量(1回当たり)	<input type="checkbox"/> 1合未満	<input type="checkbox"/> 1~2合未満	<input type="checkbox"/> 2~3合未満 <input type="checkbox"/> 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)			

【7】女性のみ記入/月経に関し、項目に必要な情報を記入してください。

月経	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 閉経
※以下、「有」と答えた方のみご回答ください。		
	<input type="checkbox"/> 規則的	<input type="checkbox"/> 不規則 → (_____)
月経周期【月経初日から次の月経の前日までの日数】 注)月経期間ではありません。	<input type="checkbox"/> 24日以下	<input type="checkbox"/> 25日~38日 <input type="checkbox"/> 39日以上
月経量	<input type="checkbox"/> ふつう	<input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> 多い
月経痛	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
月経時鎮痛剤の使用	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 → 薬剤名 (_____) 使用頻度 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 毎回
ピルの使用目的	<input type="checkbox"/> 治療	<input type="checkbox"/> 避妊 <input type="checkbox"/> その他 (_____)

【8】女性のみ記入/以下の検診に関し、項目に必要な情報を記入してください。

子宮頸がん 検診受診歴	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 → 最終検診日 _____ 年 _____ 月 結果 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり ※NILM、クラスI・IIは異常なしに含む	<input type="checkbox"/> 受診日不明
乳がん 検診受診歴	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 → 最終検診日 _____ 年 _____ 月 結果 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 受診日不明

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、未申告の傷病があった場合には、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るほか、派遣中の療養費給付が受けられないことがあります。

同意する

記入日: 2018年 _____ 月 _____ 日 本人署名: _____

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