

中華人民共和国派遣予定者各位

独立行政法人国際協力機構
青年海外協力隊事務局長

中国政府指定健康診断受診にかかるお願い

標記に関し、中国政府は、「外国人入境管理法実施細則」に基づき、6か月（181日）以上滞在する外国人（16歳未満の者を除く）について、居留証申請の際に所定の健康診断書の提出を求めています。

このため、中華人民共和国への渡航者のうち、上記要件に該当する方（随伴家族含む）については、当機構指定の派遣前健康診断に加えて、中国政府指定健康診断を受診する必要があります。

つきましては、同封の「中国政府指定健康診断に関するお願い」（医療機関担当者宛）他一式を所定の医療機関に持参し、指定された時期に受診をお願いします。また、受診後は健康診断結果（外国人体格検査記録）および検査結果オリジナルを、中国まで必ずご持参ください。詳細は【中国政府指定健康診断の受診要領】をご覧ください。

なお、検査項目にはHIV検査が含まれておりますので、あらかじめご了承ください。

中国政府指定健康診断の受診要領

中国に派遣予定の方は、JICA 指定の健康診断（以下 JICA 健診と記します）と併せて、中国政府指定の健康診断（以下「中国健診」と記します）を受ける必要があります。以下の要領にて受診してください。

●受診先

受診可能な医療機関は限定されています。以下の病院へ直接連絡していただき、予約をお取りください。

〈受診可能な医療機関：連絡先は一覧表を参照してください〉

- ・日中友好医院（渋谷区代々木／JR 代々木駅）
- ・国立国際医療センター（新宿区／都営大江戸線若松河田駅）
- ・全国の国公立病院（赤十字病院は国公立ではありませんのでご注意ください）
- ・全国の労災病院（一部受け入れていない労災病院もありますのでご注意ください）

●受診時期：派遣隊次の派遣までのスケジュールを参照ください。できるだけ、入所の1カ月前頃の受診をお願いいたします。早すぎると有効期限が切れる可能性があるためです。

●受診の際に持参するもの

- ・中国健診様式（表裏）（あらかじめ写真を貼付してください）
- ・中国政府指定健康診断に関するお願い（医療機関担当者宛）
 - ・JICA 健診用紙（併せて受診される場合に限りです）
 - *念のため、健康保険証を持参ください。

●健診費用の支払い

- ・医療機関で領収書を発行してもらう際に、同封の領収証貼付用紙に記載の必要事項を必ず参照の上、発行をしてもらってください。
- ・JICA 健診、中国健診共に、どの医療機関で受診しても費用は各自で立て替えていただきます。受診時期が重複する場合で、同時に受診される際は、領収証は1枚で構いませんが、JICA 派遣前健康診断の費用と中国健診の費用の内訳を明記してもらってください。

ただし、領収証発行の関係で内訳をわけることができない場合には、中国健診にのみ必要な項目（HIV、梅毒、HCV 抗体、血沈）の検査費用を領収証の余白にそれぞれ明記してもらってください。同封の立替払い請求書および領収証貼付用紙に必要事項の記載、領収証を貼付のうえ、青年海外協力協会 JOCA 東京内「JICA 海外協力隊選考問い合わせ窓口」までご送付ください（JICA 健診結果 (Health Record) は同封いただきますが、中国健診の診断結果は各自赴任時まで保管願います）。

送付先：〒111-0053 東京都台東区浅草橋5-25-10 浅草橋1stビル4階 (公社) 青年海外協力協会 JOCA東京内 JICA海外協力隊問い合わせ窓口 宛

●費用の振込みについて

健診費用は提出された請求書を査定の上、各自指定の口座へ振り込みます。中国健診については、費用の補助に上限はありませんが、JICA 健診については、補助の限度額を定めております。詳しくは同封の資料をご参照ください。

●健診結果について：

- ・中国健診結果は当機構に提出していただく必要はありませんので、ご自身で中国へお持ちください。赴任後、居留証を申請する際には、外国人体格検査記録のほか、検査結果報告書、心電図原本、レントゲン写真の持参が必要になりますのでご注意ください。
- ・JICA 健診結果は青年海外協力協会 JOCA 東京内 「JICA 海外協力隊問い合わせ窓口」への送付が必要です。
- ・中国健診の結果については必ず各自ご確認いただき、感染症検査（HIV・梅毒）が陽性の場合には、以下の「JICA 海外協力隊選考問い合わせ窓口」へご連絡ください。陽性の場合、中国からの滞在許可が取得できないこととなり、JICA としては最終的に派遣することができないことから、やむをえずご辞退をしていただく必要があります。

●お問い合わせ先：

（公社）青年海外協力協会 JOCA 東京内

JICA 海外協力隊問い合わせ窓口 [TEL:03-6261-0264](tel:03-6261-0264)

健診機関（中国健診の受入れの可否については改めて各自ご確認ください）

○日中友好医院（渋谷区代々木）	03-6276-9788
○国立国際医療センター トラベルクリニック（新宿区戸山）	03-3202-7181
○全国の国公立病院（赤十字は国公立ではありませんのでご注意ください）	
○全国の労災病院（一部受け入れていない労災病院もありますのでご注意ください）	

2018年8月

医療機関担当者 様

独立行政法人国際協力機構
青年海外協力隊事務局長

中国政府指定健康診断に関するお願い

平素より当機構に多大のご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、中国政府指定健康診断（以下「中国健診」と記します）は中国滞在のための居留証を取得する際に提出を義務付けられているもので、検査項目や添付書類が不足していると居留証の申請が受け付けられない場合があります。

つきましては、以下の点にご留意のうえ、別添の「外国人体格検査記録」用紙を用い、健康診断書を作成くださいますようお願い致します（別添の記入要領参照）。

大変お手数をおかけいたしますが、ご理解ご協力のほどよろしくお願い申し上げます。

【外国人体格検査記録の記入方法について】

1. 「外国人体格検査記録」にある全項目について、検査結果や診察結果をもれなく記載願います。
2. すべての血液検査、尿検査結果、心電図については検査結果報告書の原本を添付してください。（検査結果報告書、心電図のコピーは不可）
胸部レントゲン写真も原本の添付が必要です（レントゲン写真の原本を外部に出せない場合にはレントゲン写真のコピーを作成し添付してください）。
3. 顔写真には病院の公印を割印し、「外国人体格検査記録」および添付する検査報告書には、病院の所在地と健診担当医師氏名を記載してください（医師の押印が必要）。

【領収証について】

- ・中国派遣予定者が当機構指定の健康診断を併せて受診した場合、領収証作成の際、以下のよう
に明記くださいますようお願いいたします。
 - ①当機構指定の検査
 - ②中国政府指定の検査の費用の内訳
- ・領収証発行の関係で内訳を分けることができない場合には、中国健診にのみ必要な項目（HIV、梅毒、HCV抗体、血沈、各個人によっては心電図、胸部レントゲン写真が含まれる場合があります）の検査費用を領収証の余白にそれぞれ明記してください。

※中国政府指定健康診断についてのお問い合わせは下記へお願いいたします。

（公社）青年海外協力協会 JOCA 東京内

JICA 海外協力隊問い合わせ窓口宛 TEL:03-6261-0264

記入要領

記載は英語でお願いします

外国人体格検査記録 PHYSICAL EXAMINATION RECORD FOR FOREIGNER

点線枠内は、あらかじめ受診者本人が記載し写真(3×5cm)貼付します。

姓 名 Name	国際 太郎	性別 Sex	<input checked="" type="checkbox"/> 男 Male <input type="checkbox"/> 女 Female	出生日期 Birth Day-Month-Year	19**年 *月*日	照 片 Photo <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">割印</div>																																										
现在通讯地址 Present mailing address	東京都渋谷区代々木2-1-1				血 型 Blood type																																											
国 籍 Nationality	日本	出生地址 Birth Place	東京都渋谷区代々木 2-1-1		A+																																											
过去是否患有下列疾病：(每项后面请回答“否”或“是”) Have you ever had any of the following diseases? これまで下記の病気にかかったことがありますか？																																																
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">斑疹伤寒 Typ 発疹チフス</td> <td style="width: 10%;"><input checked="" type="checkbox"/> No</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/> Yes</td> <td style="width: 33%;">菌痢 Bacillar</td> <td style="width: 10%;"><input checked="" type="checkbox"/> No</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> <tr> <td>小儿麻痹症 P ポリオ</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> No</td> <td><input type="checkbox"/> Yes</td> <td>布氏杆菌病</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> No</td> <td><input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> <tr> <td>白喉 Diphther ジフテリア</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> No</td> <td><input type="checkbox"/> Yes</td> <td>病毒性肝炎</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> No</td> <td><input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> <tr> <td>猩红热 Scarle 猩紅熱</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> No</td> <td><input type="checkbox"/> Yes</td> <td>产褥期链球菌</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> No</td> <td><input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> <tr> <td>回归热 Relap: 回帰熱</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> No</td> <td><input type="checkbox"/> Yes</td> <td>产褥期連鎖球菌</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> No</td> <td><input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> <tr> <td>伤寒和付伤寒 Typhoid and paratyp</td> <td colspan="2"></td> <td>腸チフス、パラチフス</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> No</td> <td><input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> <tr> <td>流行性脳脊髄膜炎 Epidemic ceret</td> <td colspan="2"></td> <td>流行性髄膜炎</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> No</td> <td><input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> </table>							斑疹伤寒 Typ 発疹チフス	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	菌痢 Bacillar	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	小儿麻痹症 P ポリオ	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	布氏杆菌病	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	白喉 Diphther ジフテリア	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	病毒性肝炎	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	猩红热 Scarle 猩紅熱	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	产褥期链球菌	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	回归热 Relap: 回帰熱	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	产褥期連鎖球菌	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	伤寒和付伤寒 Typhoid and paratyp			腸チフス、パラチフス	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	流行性脳脊髄膜炎 Epidemic ceret			流行性髄膜炎	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
斑疹伤寒 Typ 発疹チフス	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	菌痢 Bacillar	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes																																											
小儿麻痹症 P ポリオ	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	布氏杆菌病	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes																																											
白喉 Diphther ジフテリア	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	病毒性肝炎	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes																																											
猩红热 Scarle 猩紅熱	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	产褥期链球菌	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes																																											
回归热 Relap: 回帰熱	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	产褥期連鎖球菌	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes																																											
伤寒和付伤寒 Typhoid and paratyp			腸チフス、パラチフス	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes																																											
流行性脳脊髄膜炎 Epidemic ceret			流行性髄膜炎	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes																																											
是否患有下列危及公共秩序和安全的病症：(每项后面请回答“否”或“是”) Do you have any of the following diseases or disorders endangering the public order and security? これまで下記の公共の秩序と安全を乱すような病気にかかったことがありますか？																																																
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">毒物癮 Toxicomania</td> <td style="width: 10%;"><input checked="" type="checkbox"/> No</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/> Yes</td> <td style="width: 30%;">藥物中毒 ...</td> <td style="width: 10%;"><input checked="" type="checkbox"/> No</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> <tr> <td>精神错乱 Mental confusion</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> No</td> <td><input type="checkbox"/> Yes</td> <td>精神錯乱 ...</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> No</td> <td><input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> <tr> <td>精神病 Psychosis: 躁狂型 Manic Psychosis</td> <td colspan="2"></td> <td>精神病 (躁狂型) ...</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> No</td> <td><input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> <tr> <td>妄想型 Paranoid psychosis</td> <td colspan="2"></td> <td>(妄想型) ...</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> No</td> <td><input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> <tr> <td>幻觉型 Hallucinatory psychosis ..</td> <td colspan="2"></td> <td>(幻觉型) ...</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> No</td> <td><input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> </table>							毒物癮 Toxicomania	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	藥物中毒 ...	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	精神错乱 Mental confusion	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	精神錯乱 ...	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	精神病 Psychosis: 躁狂型 Manic Psychosis			精神病 (躁狂型) ...	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	妄想型 Paranoid psychosis			(妄想型) ...	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	幻觉型 Hallucinatory psychosis ..			(幻觉型) ...	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes												
毒物癮 Toxicomania	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	藥物中毒 ...	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes																																											
精神错乱 Mental confusion	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	精神錯乱 ...	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes																																											
精神病 Psychosis: 躁狂型 Manic Psychosis			精神病 (躁狂型) ...	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes																																											
妄想型 Paranoid psychosis			(妄想型) ...	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes																																											
幻觉型 Hallucinatory psychosis ..			(幻觉型) ...	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes																																											
身高 Height	165.0	厘米 cm	体重 Weight	55.0	公斤 kg	血压 Blood pressure	110/65	毫米汞柱 mmHg																																								
发育情况 Development	Well		营养情况 Nourishment	Well		颈部 Neck	np																																									
视 力 左L Vision 右R			矫正视力 Corrected vision	左L 1.2 右R 1.2		眼 Eyes	np																																									
辨色力 Colour sense	Normal		皮肤 Skin	np		淋巴结 Lymph nodes	np																																									
耳 Ears	np		鼻 Nose	np		扁桃体 Tonsils	np																																									
心 Heart	np		肺 Lungs	np		腹部 Abdomen	np																																									

医療機関の公印を割印してください。

空いている部分に、A B O型と Rh 型を記載してください。

該当するものを☑してください。

診察所見を書いてください。異常所見があれば、その旨記載してください。

記載は英語でお願いします

脊柱 Spine	<i>np</i>	四肢 Extremities	<i>np</i>	神経系統 Nervous system	<i>np</i>
其它所见 Other abnormal findings					
胸部 X 线检查 Chest X-ray Exam. (附检查报告单) (attached chest X-ray report)		<i>Normal</i>		心电图 ECG	<i>Normal</i>
化验室检查 包括艾滋病、梅毒血清学诊断 Laboratory Exam. (HIV, Syphilis Serodiagnosis) Attached test Report of AIDS, Syphilis etc		艾滋病 (HIV) EIA法 (—) ESR: 8 mm/1 hr. 梅毒血清凝集反应 TPFA (—) WBC: 5600 mm ³ RPR (—) RBC: 419 万/mm ³ Hb: 13.7 g/dl Ht: 39.2 % GOT: 20 U GPT: 11 U ZTT: 12.8 U 乙型肝炎抗原抗体検査 HBsAg (—) HBsAb (±) HCVAb (—) 尿蛋白 (—) 尿糖 (—)			
未发现患有下列检疫传染病和危害公共健康的疾病: None of the following discases or disorders found during the present examination.					
霍乱 Cholera		性病 Venereal Disease		开放性肺结核 Opening lung tuberculosis	
黄热病 Yellow fever		艾 滋 病 AIDS		精 神 病 Psychosis	
鼠 疫 Plague		精 神 病 Psychosis			
麻 风 Leprosy					
意见 Suggestion		检查单位盖章 Official Stamp			
医师签字 Signature of physician		日期 Date			

診察所見を記載してください。
異常所見があれば、その旨記載してください。
レントゲン写真とECG結果のオリジナルの添付が必要です。
レントゲン写真のオリジナルを外に出せない場合は、フィルムのコピーを作成してください。

HIVスクリーニングをEliza法でお願いします。PA法の場合は、検査方法も明記しておいてください。
スクリーニング陽性の場合、確定検査の必要性等、ご本人にご説明のうえ検査を行い、結果を空欄にお書きください。

確定検査の結果、あるいは梅毒検査の結果で陽性の場合、ご本人に「JICA 選考問い合わせ窓口」に連絡するようお願いください。

全ての検査結果について、検査結果のオリジナル(検査伝票)を添付してください。
肝炎抗体は、定性検査でお願いします。

医療機関の名称、所在地、公印、担当医の氏名と印をお願いします。
日付も記入してください。