

別紙（協力隊合格者用）

JICA 海外協力隊サモア国派遣予定者 各位

独立行政法人 国際協力機構
青年海外協力隊事務局

サモア国 指定健康診断（査証用）に関するご案内

サモア国に派遣予定の方は、同国に渡航するための査証を申請する際、指定フォームによる健康診断結果の提出が求められます。

つきましては、以下の点にご留意いただき、所定の用紙 2 点を作成し、訓練所入所前までに提出してください。

1. JICA に提出する健康診断書類

(1) 受診の際に持参するものは下記のとおり。

- ① 様式 1 Medical Report/MPMC102（健康診断書）
- ② 様式 2 RADIOLOGIST REPORT ON CHEST X-RAY/MPMC103（胸部 X 線検査診断書）
- ③（医療機関用）サモア国査証申請用の健康診断について

(2) 作成にあたる留意事項

- ・ 全て**英語**での記載をお願いします。記入方法は別添「診断書の記入例」をご確認ください。
- ・ 医療機関を受診する前に写真を添付してください。
- ・ 派遣前健康診断と一緒に受診する際は、予約時に必ず受領日を確認してください。

2. 健康診断費用の請求

- (1) サモア派遣者用検査の追加項目および英文診断書作成にかかる費用は各自で立て替えていただきます。
- (2) 医療機関で領収書や明細書を発行してもらう際には、様式 4「サモア国指定健康診断 領収書貼付用紙」に記載の必要事項を参照・確認の上、発行を依頼してください。
- (3) サモア国指定健康診断（査証用）の追加項目および英文診断書作成と、当機構指定の派遣前健康診断を併せて実施した場合は、領収証や明細書を別々に分けて作成するよう依頼してください。分けることが出来ない場合は、費用の内訳を明記してもらうようにしてください。
- (4) サモア国指定健康診断費用および診断書作成費用等の請求に関しては、様式 3「立替払請求書＜サモア国指定健康診断用＞」と様式 4 を下記の宛先まで、記載済みの診断書 2 種とともに送付してください。
- (5) 健康診断に要した費用は、提出された請求書類を確認の上、実費を選考時に届け出た銀行口座に後日振り込みます。

【郵送宛先・問合せ先】

〒100-0004 東京都千代田区大手町 1-4-1 竹橋合同ビル 7F

JICA 青年海外協力隊事務局 選考・訓練課 JICA 海外協力隊合格者窓口 宛

TEL: 045-719-5182、E-mail: v-guide@joca.or.jp

別添 1 診断書の記入例（健康診断書、表面）

※Part A.は受診前にご自身で記入してください。全て英語での記入となります



Government of Samoa

MEDICAL REPORT

for person applying to live temporarily in Samoa

This form is to be completed by a registered medical practitioner after personally examining the applicant.

受診前に写真を貼付ください

Attach a passport-sized photo of the applicant here

PART A. TO BE COMPLETED BY THE APPLICANT BEFORE VISITING THE DOCTOR

1. Family name 2. Given name

3. Gender 4. Date of birth 5. Occupation

6. How long do you intend staying in Samoa?

7. Your medical history:

Have you ever had:	Please tick YES or NO	If yes, provide details
(a) 手術歴 an operation?	☐ ☐	
(b) 入院歴 been admitted to hospital?	☐ ☐	
(c) 結核等の感染症に2週間以上感染したことがあるか have you previously suffered or presently suffering from any communicable diseases for more than 2 weeks	☐ ☐	
eg. Tuberculosis other		
(d) X線検査での異常見歴 an abnormal x-ray?	☐ ☐	
(e) けいれん、発作、てんかん convulsions, fits or epilepsy?	☐ ☐	
(f) 不安症・うつ病・神経疾患で治療やカウンセリングを受けたことがあるか anxiety, depression or nervous complaints requiring treatment/	☐ ☐	
Counselling? 高血圧		
(g) high blood pressure?	☐ ☐	
(h) 心疾患、胸痛、息切れ heart trouble, chest pains or breathlessness?	☐ ☐	
(i) 腎臓または膀胱の疾患 kidney or bladder disease or complaint?	☐ ☐	
(j) その他上記以外に、2週間以上続く疾患、再発する病気・負傷 any illness, injury or medical condition lasting more than 2 weeks or a recurring condition not mentioned above?	☐ ☐	
(k) 薬物依存歴または違法薬物使用歴 are you taking any pills, medicine or having any other medical treatment?	☐ ☐	
(l) have you ever been addicted to a drug or taken drugs illegally?	☐ ☐	
(m) 飲酒の有無 do you consume alcohol?	☐ ☐	
(n) 喫煙歴 do you smoke, or have you ever smoked tobacco?	☐ ☐	
(o) 定期的な入院を要する疾病の有無 Do you have a medical condition that may require periodic hospitalisation	☐ ☐	

APPLICANT'S DECLARATION - to be signed in the presence of the examining doctor.

I declare that the information I have provided on this form is correct.

Signature Date

別添 1 診断書の記入例（健康診断書、裏面）

※Part B.は医師による記入となります。全て英語にて記入してください

PART B: EXAMINING DOCTOR'S FINDINGS			
8. Height	身長	Weight	体重
		Blood pressure	血圧
			血糖値 BSL
Please tick 該当項目に✓をしてください			
		Normal or Abnormal	Details
心血管系（心雑音、心不全、不整脈、その他の心臓異常を示す所見の有無） 9. Cardiovascular system (record any evidence of heart murmurs, cardiac failure, irregularity or other heart abnormality)		☐	☐
呼吸器系（結核歴がある場合、治療期間・薬剤情報） 10. Respiratory system (for current or previous TB, provide date and duration of treatment and name, strength and dosage of drugs used)		☐	☐
神経系 11. Nervous system		☐	☐
精神系 12. Mental state		☐	☐
消化器系（ヘルニア含む） 13. Gastrointestinal system including hernia orifices		☐	☐
運動器系/身体状況/移動能力 14. Locomotor system/physical build/mobility		☐	☐
皮膚、リンパ系 15. Skin and lymph nodes		☐	☐
内分泌系 16. Endocrine system		☐	☐
耳/鼻/喉/口腔/歯所見（問診時に正常/異常を口頭にて本人へ確認） 17. Ear/nose/throat/mouth/teeth		☐	☐
聴力 18. Hearing		☐	☐
Left		☐	☐
Right		☐	☐
眼科所見 19. Eyes		☐	☐
梅毒検査（臨床的に必要と判断される場合にのみ） 20. VDRL test result - only in clinically indicated		☐	☐
		Please tick	Details
		Positive or Negative	
B型肝炎抗原検査結果 21. Hepatitis B antigen test result		☐	☐
HIV 検査結果（陽性時は再検査及び Western Blot 検査実施） 22. Human Immunodeficiency Virus test result: please repeat and perform Western Blot test. (Pre-test and post-test counselling for positive results is mandatory).		☐	☐
尿検査 23. Urinalysis:		Blood	Albumin
検便（食品取扱者及び教員は必須） 24. Stool Culture			Sugar
mandatory for people coming to Samoa as food handlers and teachers			
DOCTOR'S CONCLUSIONS: Please consider the information you have provided about this applicant. Please consider if the applicant has the potential to be a health risk in Samoa or a financial burden to Samoa. Please tick the appropriate box:			
医師の所見（必要項目を✓、重要な病歴や異常所見がある場合は詳細添付。条件付きの場合は条件記載） ☐ No significant history or abnormal findings present ☐ Significant history or abnormal findings present - please attach details ☐ Subject to following condition:			
医師の署名 Doctor's signature		医師のフルネーム Doctor's Full Name	
電話番号 Contact phone		日付 Date	

別添 2 診断書の記入例（胸部 X 線検査診断書）

※Part A.は受診前にご自身で記入し、Part B.及び C.は医療関係者が記入となります。全て英語にて記入ください。

 RADIOLOGIST REPORT ON CHEST X-RAY for person applying to live temporarily in Samoa																																								
PART A. TO BE COMPLETED BY THE APPLICANT 1. Family name 2. Given name 3. Gender (Male/Female) 5. How long do you intend staying in Samoa? 4. Date of birth 受診前にご自身で記載ください。記入事項は全て英語での記載をお願いします。 APPLICANT'S DECLARATION - to be signed in the presence of the examining doctor. I declare that the information I have provided on this form is correct. Signature 自署(入国時に使用する旅券と同じ署名) Date 日 月 年		Attach a passport- sized photo of the applicant here	受診前に写真を 貼付ください																																					
PART B. TO BE COMPLETED BY THE RADIOGRAPHER Please provide a large posteroanterior (PA) film if possible. The x-ray film should bear the date of the examination and the full name of the applicant. Refer, if known, to any history or clinical evidence of tuberculosis. If the person to be examined is pregnant, the examination may proceed with abdominal shielding, or, if the applicant does not wish to be x-rayed, please provide comment. 1. Date of x-ray 日 月 年 2. Is this person Pregnant? (yes or no) Comment 3. I certify that I have carried out the x-ray of the person whose photograph and signature are on this form. Signature 放射線技師の署名 Date 日 月 年																																								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 35%;">PART C. TO BE COMPLETED BY THE RADIOLOGIST</th> <th colspan="2" style="width: 65%;">Comment is required on any aspect found not to be entirely normal.</th> </tr> <tr> <th></th> <th style="width: 15%;">Please tick</th> <th style="width: 50%;">Details</th> </tr> <tr> <th></th> <th>Normal</th> <th>Abnormal</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>6. Skeleton and soft tissue 骨格および軟部組織</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td> </td> </tr> <tr> <td>7. Cardiac shadow 心陰影</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td> </td> </tr> <tr> <td>8. Hilar and lymphatic glands 肺門部およびリンパ節</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td> </td> </tr> <tr> <td>9. Hemidiaphragms and costophrenic angles 横隔膜および肋骨横隔膜角</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td> </td> </tr> <tr> <td>10. Lung fields 肺野</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td> </td> </tr> <tr> <td>11. Evidence of TB (Absent or Present) 結核所見 (なし/あり)</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td> </td> </tr> <tr> <td>12. Details of other abnormalities その他異常所見の詳細</td> <td colspan="3"> </td> </tr> </tbody> </table> 該当項目に✓をしてください RADIOLOGIST'S DECLARATION I declare that I have examined the x-ray and that this is a true and correct record of my findings. Radiologist's signature 放射線科医の署名 Date 日 月 年 Radiologist's full name (please print) 放射線科医のフルネーム contact no. 日 月 年 Address 病院住所				PART C. TO BE COMPLETED BY THE RADIOLOGIST	Comment is required on any aspect found not to be entirely normal.			Please tick	Details		Normal	Abnormal	6. Skeleton and soft tissue 骨格および軟部組織	☐	☐		7. Cardiac shadow 心陰影	☐	☐		8. Hilar and lymphatic glands 肺門部およびリンパ節	☐	☐		9. Hemidiaphragms and costophrenic angles 横隔膜および肋骨横隔膜角	☐	☐		10. Lung fields 肺野	☐	☐		11. Evidence of TB (Absent or Present) 結核所見 (なし/あり)	☐	☐		12. Details of other abnormalities その他異常所見の詳細			
PART C. TO BE COMPLETED BY THE RADIOLOGIST	Comment is required on any aspect found not to be entirely normal.																																							
	Please tick	Details																																						
	Normal	Abnormal																																						
6. Skeleton and soft tissue 骨格および軟部組織	☐	☐																																						
7. Cardiac shadow 心陰影	☐	☐																																						
8. Hilar and lymphatic glands 肺門部およびリンパ節	☐	☐																																						
9. Hemidiaphragms and costophrenic angles 横隔膜および肋骨横隔膜角	☐	☐																																						
10. Lung fields 肺野	☐	☐																																						
11. Evidence of TB (Absent or Present) 結核所見 (なし/あり)	☐	☐																																						
12. Details of other abnormalities その他異常所見の詳細																																								