

# 健康自己申告書

国際交流基金アジアセンター”日本語パートナーズ”選考用

2016年10月作成

フリガナ	生年月日			年齢	性別
受診者氏名	西暦	年	月	日	男 女
電話番号:			携帯電話番号:		
E-mailアドレス			@		

<個人情報取り扱いについて>

提出いただいた健康に係る書類は、合否にかかわらず、返却はできません。  
また、必要に応じて派遣国の関連機関や緊急移送会社とも情報を共有する場合があります。

※下記の事項につき、正確に申告してください。

正確に申告して頂けない場合又は未申告の場合、派遣中止又は派遣期間の短縮となり、手当・旅費等を返還して頂くことがあります。

◆既往症

過去に指摘されたことのある疾患や治療を受けたことがある疾患について、その時の年齢を記入してください。癌や手術は、診断名も記入してください。

高血圧	歳	外傷	歳
脳血管障害(脳梗塞・脳出血等)	歳		歳
心筋梗塞	歳	胃・十二指腸潰瘍	歳
狭心症	歳	肝炎	歳
不整脈	歳	胆石症・胆のう炎	歳
脂質異常症(高脂血症)	歳	腎疾患	歳
高尿酸血症・痛風	歳	甲状腺疾患	歳
痛風発作	歳	リウマチ	歳
糖尿病	歳	前立腺肥大症	歳
喘息	歳	椎間板ヘルニア	歳
肺炎	歳	腰痛・関節疾患	歳
肺結核・肋膜炎	歳	自律神経失調症	歳
貧血	歳	うつ病	歳
大腸ポリープ	歳	尿路結石	歳
癌(診断名):	歳		
手術(診断名):	歳		
※その他の既往歴、健康に関する不安事項 等			

◆現在治療中の疾患・内服薬

ない

ある

・病名:

・内服薬:

・最新の検査データ(検査日時)

( 年 月 日 )

(内服治療を受けている方のみお答えください。)

・海外派遣中の内服治療は継続できますか?

はい

いいえ

◆現在ある症状

ない

ある(具体的な症状を記載してください)

[ ]

◆食べ物や薬剤その他何らかに対するアレルギー (動物やハウスダストなども含む)

ない

ある 何に

[ ]

症状 [ ]

◆アルコール

飲まない

飲む(種類: 量: /日・週・月)

◆たばこ

吸わない

吸う (本数: 本/日 × 年)

上記の申告内容に相違ありません。

記入日: 年 月 日 本人署名: