

日本語パートナーズ 健康自己申告書

フリガナ		生年月日	年齢	性別
氏名				

※未記入等の書類不備がある場合、正確な渡航判定ができなくなります。
記入漏れには十分ご注意ください。

【個人情報の取り扱いについて】
提出していただいた書類は、国際交流基金が渡航判定業務を委託する専門機関に提供します。また、派遣先の海外拠点等を含む基金内の関係部署と情報共有することがあります。なお、書類を提出いただいた時点で、個人情報の取り扱いについて承諾いただいたものとします。

【1】現在治療中の疾患および既往症を漏れなく正確に申告してください。該当する項目に☑マークを記入し、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もの。または、内服などの治療や処置を受けているもの。

経過観察中：過去に治療を受けていた、または治療を要するほどではないが、定期的に診察や検査を受けているもの。

完 治：これまでにかかったことのある病気やけがで、現在は治癒しているもの。

治療中	経過観察中	完治		治療中	経過観察中	完治	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	脳血管障害(脳梗塞・脳出血等) (診断名：)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	リウマチ
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	その他の膠原病
<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"/>	関節疾患
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	心筋梗塞	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	不安障害
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	狭心症	<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"/>	不整脈(診断名：)	<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"/>	高血圧	<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"/>	川崎病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	発達障害
<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・痛風	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	統合失調症
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	痛風発作	<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"/>	糖尿病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	アレルギー(診断名：)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	甲状腺疾患	<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"/>	喘息	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	腰痛
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	肺炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	靭帯損傷
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	肺結核・肋膜炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	その他外傷(診断名：)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	貧血	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	眼科疾患(円錐角膜、網膜剥離、緑内障等) (診断名：)
<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"/>	肝炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	耳鼻科疾患(慢性中耳炎、副鼻腔炎等) (診断名：)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	大腸ポリープ				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	潰瘍性大腸炎・クローン病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	婦人科疾患(子宮筋腫、卵巣のう種、子宮内膜症等) (診断名：)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	痔				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	胆石症・胆のう炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	歯科疾患(歯科矯正、歯科インプラント、顎関節症等) (診断名：)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	尿路結石				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	前立腺肥大症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	手術(診断名：)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	腎疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	手術(診断名：)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	がん(診断名：)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	その他の既往歴(診断名：)

【2】 【1】 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 1	
発症年齢 / (完治した年齢)	歳 / 歳
現在使用中の内服薬/外用薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
内服薬/外用薬名	
現在の通院間隔	
現在の症状	
治療状況	
医師からの指導や制限	
最新の検査内容	/ 検査日： 年 月 日
病 名 2	
発症年齢 / (完治した年齢)	歳 / 歳
現在使用中の内服薬/外用薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
内服薬/外用薬名	
現在の通院間隔	
現在の症状	
治療状況	
医師からの指導や制限	
最新の検査内容	/ 検査日： 年 月 日
病 名 3	
発症年齢 / (完治した年齢)	歳 / 歳
現在使用中の内服薬/外用薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
内服薬/外用薬名	
現在の通院間隔	
現在の症状	
治療状況	
医師からの指導や制限	
最新の検査内容	/ 検査日： 年 月 日
病 名 4	
発症年齢 / (完治した年齢)	歳 / 歳
現在使用中の内服薬/外用薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
内服薬/外用薬名	
現在の通院間隔	
現在の症状	
治療状況	
医師からの指導や制限	
最新の検査内容	/ 検査日： 年 月 日

※記載欄が足りない場合、こちらのページを必要分コピーしてご記入ください。

【3】 現在、内服治療・外用治療を受けている方のみお答えください。

派遣期間中の薬の持参、確保は可能見込みですか？

はい

いいえ

詳細：

【4】アレルギー（特に治療はしていないが、アレルギー症状のあるものを可能な限り詳細に記入してください）

食 物：	詳細：
薬 剤：	詳細：
動 物：	詳細：
花 粉：	詳細：
その他：	詳細：

【5】喫煙

喫煙 無 有→（ 本/日 年間） 過去に吸っていた→（ 本/日 年間）

【6】飲酒

飲 酒 1週間に4回以上 時々 飲まない（飲めない）
 飲酒量（1回当たり） 1合未満 1～2合未満 2～3合未満 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】ストレス

①ストレス等で学校や職場を休んだことはありますか？

有 無

（いつ頃： /休んだ期間： ）

② ストレス等でカウンセリングを受診したことがありますか？

有 無

（いつ頃： /カウンセリング期間： ）

【8】健康や体調に関する不安や特記事項等がある場合は記入してください（不安のある事項に関しては、どのように対処しているかも記入してください）。その他、常用している市販薬等がある場合もこちらに記入してください。

上記の申告に間違いありません。

注）虚偽の申告があった場合や未申告があった場合は、内定取消、または派遣期間の短縮や中止となり、手当・旅費等を返還していただくことがあります。

記入日： 令和 年 月 日 本人署名：

注）記入日・本人氏名を必ずご記入ください。未記入の場合、無効となります。