PLEASE PRINT CLEARLY (明瞭に記入すること)

2018 JET Programme Applicant Self-Report of Medical Condition(s) (健康状況自己報告書)

Interview Location: <u>在中国日本国大使館(北京)</u> (面接地)

<u>To the applicant</u>: Please fill out the reference data below. Your application cannot be processed without this form. Successful applicants will be required to submit a JET Programme Certificate of Health, including a chest X-ray, from their physician by the date designated by the Embassy or Consulate General of Japan. It is important that you submit correct information regarding your medical history. If you now have or have ever had any physical or mental condition/illness, your physician must attach a statement to provide an explanation indicating whether you are fit to participate on the JET Programme and to live and work overseas. This information will be used to your benefit in deciding your contracting organisation as well as in serving as a quick reference should any medical emergencies arise while you are participating on the JET Programme.

(申請者へ:下記に記入のこと。本フォームの提出がないと申請手続きが進められません。合格者は、胸部X線を含む JETプログラム健康診断書を日本大使館または総領事館が指定する期日までに提出することが求められます。自身の医療歴について正確に申請することが重要です。現在、または過去に身体的及び精神的疾患を有する場合、JETプログラムに参加し、海外で勤務・生活することが可能かどうかを示す医師の報告書を添付する必要があります。本情報は任用団体の決定に使用されるとともに、JETプログラム参加中に医療的緊急事態が発生した際に参照されます。)

PERSONAL DETAILS(応募者詳細)						
		I(月)/ D (日)/Y / /	(年)			
	生年月日) 	/ /				
NAME (氏名) <u>※as printed on your passport</u> (パスポート通りに記載)						
Last (姓)	First(名	1)	<i>Middle</i> (ミドルネーム)			

1. Are you currently seeing a physician and/or undergoing treatment? (except for colds, fevers, visiting OB/GYN facilities, or consultations for requesting contraception). If yes, you must provide details as to when, why, the duration of treatment below AND have your doctor fill out the Statement of Physician.

(現在診察や治療や薬物治療を受けているが(風邪,発熱,婦人科または避妊の相談を除く)。該当する場合,詳細(時期,事由,治癒の時期)を明記し,医師の報告書を添付すること。)

2a. What serious diseases, injuries and/or medical conditions have you had in the past five years? If any of these resulted in hospitalisation, please give details as to when, why, and the duration of treatment below AND have your doctor fill out the Statement of Physician.

(過去5年間にどのような深刻な病気、怪我または病態となったか。結果として、入院した場合には、詳細(時期、事由、治療の期間)を以下に明記し、医師の報告書を添付すること。)

2b. Other than those stated in 2a., have you ever been treated for any other serious diseases, injuries, and/or medical conditions, including heart disease, blood disease, auto immune disease, cancer, epilepsy, congenital disease, recurrent disease, carrier conditions (for example, hepatitis), or any other disease, injury, or medical condition involving permanent damage? If yes, you must provide details below AND have your doctor fill out the Statement of Physician.

(2aに明記した以外で、過去に心疾患、血液疾患、自己免疫疾患、癌、てんかん、先天性疾患、再発性のある病気、キャリア状態の病気(肝炎等)、現在に後遺症が残る病気及び怪我を含む深刻な病気や怪我または病態で治療を受けたことがあるか。該当する場合には、詳細を明記し、医師の報告書を添付すること。)

	ADD, ADHD, eating disorders, etc.) Physician. Please note that we may (過去に神経性または精神的疾	If yes, you must provide deta contact your doctor if further i 患 (例:不安神経症,鬱病用記し,医師の報告書を添しない。) は depression (鬱病) は ADD は PTSD	icluding, but not limited to anxiety, de ils below AND have your doctor fill ou information is necessary. , ADD, ADHD, 摂食障害等 付すること。必要時には医師への obsessive-compulsive disorder ADHD other (その他)(it the Statement of)にかかったことが 問い合わせを行う旨
4.	ves, please explain.		o go up and down several flights of sta ある場合は詳細を説明すること。	·
5.	Do you have any allergies? If yes, a (アレルギー症があるか。該当・	re you currently undergoing tr する場合に,治療は受けて	eatment? いるか。詳細を以下に明記するこ	と。)
6.	please give details including the nar which you take any medications liste (現在または過去5年間に薬物)	ne of the medication, purpose ed here in questions 1, 2a., 2b 台療を受けている場合(た	/ prescription medication, <i>other than o</i> , and dates taken. Make sure to desc, 3, above. だし、経口避妊薬を除く。),薬問1, 2a, 2b, 3で挙げた状況に対	ribe the conditions for 品の名前,目的,服
7.	contact lenses to correct vision) If your ability to drive. (視覚障害、色盲、聴覚障害で	es, please provide details. If yo 亥当するものがあるか。(旧 を明記すること。運転免許何 colour blindness (色盲)	ht or hearing? (Excluding the use of pour have a driver's license, please des 艮鏡、コンタクトレンズの使用に。 R持者は、運転に支障がないか記』 □ hearing impaired (聴覚障害)	cribe whether it affects より矯正済みの場合を
8.	medical, religious, personal reasons (現在食事制限を受けている場合 Foods: □ Beef (牛肉) □ Chick □ Gluten (グルテン) □ Tree I□ Wheat (小麦) □ Shellf □ Finfish (魚類) □ Fruit (Reasons:	, etc.). 合, その詳細を記入するこ en (鶏肉) □ Dair Nuts (ナッツ類) □ Pea sh (貝類・甲殻類) □ Soy 果実) □ Other medical reasons (その他の努	ers (その他)(理由等)
9.	etc.).	び障害について以下に記入っ ct to the best of my knowledge	w (e.g. confined to wheelchair, pendir すること。例:車いすの使用,治	_
	Signature: (署名)		Date: (日付)	