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:	
(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)						
	TE OF BIRTH: M (月) /D (日) 生年月日) /	/Y (年) /				
NAME (氏名) ※ <u>as printed on your passport</u> (パスポート通りに記載)						
Last (姓)	First (名)	Middle (ミドルネーム)				

 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。)

3.	Have you ever suffered from any ne ADD, ADHD, eating disorders, etc.). Physician. Please note that we may (過去に神経性または精神的疾患あるか。もしあるなら,詳細を見をご了承ください。) コ anxiety (不安神経症) bipolar disorder (双極性障害) eating disorders (摂食障害) Please, provide details below (詳細	If yes, you must provid contact your doctor if fu 患(例:不安神経症,明記し,医師の報告書 □ depression (鬱病) □ ADD □ PTSD	e details below AND have you irther information is necessary 鬱病,ADD,ADHD, を添付すること。必要時に	doctor fill out the Statement of 摂食障害等)にかかったこ	とが	
4.	Do you foresee any physical challer yes, please explain. (数階分の階段の昇降による身份			-	s? If	
5.	Do you have any allergies? If yes, a (アレルギー症があるか。該当	ire you currently underg する場合に,治療は受	oing treatment? けているか。詳細を以下に	明記すること。)		
6.	If you are currently taking, or have to please give details including the nare which you take any medications liste (現在または過去5年間に薬物活用頻度も含めてその詳細を記入も明記ありたい。)	ne of the medication, pu ed here in questions 1, 2 冶療を受けている場合	rpose, and dates taken. Make 2a., 2b., 3, above. ╮(ただし、経口避妊薬を防	sure to describe the conditions く。),薬品の名前,目的,	for ,服	
7.	Are you colour blind or have any discontact lenses to correct vision) If your ability to drive. (視覚障害、色盲、聴覚障害で語除く。)該当する場合は、詳細には legally blind (視覚障害)	es, please provide detail 咳当するものがあるか を明記すること。運転 colour blindness (色盲)	s. If you have a driver's licenso 。(眼鏡、コンタクトレン 免許保持者は、運転に支障	o, please describe whether it aff ズの使用により矯正済みの場 がないか記入すること。)	fects	
8.	□ Gluten (グルテン) □ Tree I □ Wheat (小麦) □ Shellf □ Finfish (魚類) □ Fruit (Reasons: □ Allergies (アレルキー) □ Other	, etc.). 合,その詳細を記入す en (鶏肉) □ Nuts (ナッツ類) □ ish (貝類・甲殻類) □	ること。例:疾病,宗教的 Dairy Products (乳製品) Peanuts (ピーナッツ) Soy (大豆) Others (その他)(」,個人的な理由等) □ Eggs (卵)		
9.	Please explain any other health-relatetc.). (その他の健康上の注意事項及)			-	nt,	
10.	Candidates who have tattoos and/o (タトゥーやピアスがある場合, □ Tattoos (タトゥー) □ Body piercings (ピアス) The answers I have given are correc (申告書の記載事項のとおり相)	その詳細を記入) Number(数) Li Number(数) Li ct to the best of my know	ocation (箇所) ocation (箇所)	including location and size. Size (大きさ) Size (大きさ)		
	Signature: (署名)		Date: (日付)			