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)	-								
se fill	out	the	reference	data	below.	Your	application	cannot	be	processed	without	th

To the applicant: 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)					

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。)

3.	B. Have you ever suffered from any nervous or mental disorders? (including, but not limited to anxiety, depression, ADD, ADHD, eating disorders, etc.). If yes, you must provide details below AND have your doctor fill out the Statem Physician. Please note that we may contact your doctor if further information is necessary. (過去に神経性または精神的疾患(例:不安神経症,鬱病,ADD,ADHD,摂食障害等)にかかっあるか。もしあるなら,詳細を明記し,医師の報告書を添付すること。必要時には医師への問い合わせをご了承ください。) □ anxiety (不安神経症) □ depression (鬱病) □ obsessive-compulsive disorder (脅迫神経症								
	□ bipolar disorder (双極性障害) □ eating disorders (摂食障害) Please, provide details below (詳細	☐ ADD ☐ PTSD	□ ADHD □ other (その他)()					
4.	Do you foresee any physical challer yes, please explain. (数階分の階段の昇降による身	-							
5.	Do you have any allergies? If yes, a (アレルギー症があるか。該当	are you currently underg する場合に,治療は受	ping 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 please give details including the nat which you take any medications list (現在または過去5年間に薬物用頻度も含めてその詳細を記入も明記ありたい。)	me of the medication, pu ed here in questions 1, 2 治療を受けている場合	rpose, and dates taken. Make su a., 2b., 3, above. (ただし、経口避妊薬を除く	re to describe the conditions for 。),薬品の名前,目的,服					
7.	Are you colour blind or have any discontact lenses to correct vision) If y your ability to drive. (視覚障害、色盲、聴覚障害で除く。)該当する場合は、詳細 □ legally blind (視覚障害) □ Please, provide details below (詳細	es, please provide detail 該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 license, p 。(眼鏡、コンタクトレンズの 免許保持者は、運転に支障がフ	please describe whether it affects の使用により矯正済みの場合を ないか記入すること。)					
8.	□ Gluten (グルテン) □ Tree □ Wheat (小麦) □ Shelli □ Finfish (魚類) □ Fruit Reasons: □ Allergies (アレルキー) □ Othel	s, etc.). 合,その詳細を記入す en (鶏肉) □ Nuts (ナッツ類) □ ïish (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)(
9.	Please explain any other health-reletc.). (その他の健康上の注意事項及 Candidates who have tattoos and/	び障害について以下に or body piercings, please	記入すること。例:車いすの	使用,治療中の事項等)					
	(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 corre (申告書の記載事項のとおり相	,その詳細を記入) Number (数) Lo Number (数) Lo ct to the best of my know	ocation (箇所) ocation (箇所)	Size (大きさ) Size (大きさ)					
	Signature: (署名)		Date: (目付)						