2020 JAPAN EXCHANGE AND TEACHING (JET) PROGRAMME

SELF-REPORT OF MEDICAL CONDITIONS

（健康状況自己報告書）

Name of Applicant: _____

(As printed in passport) Last Name（氏） First Name（名 Middle Name（ミドルネーム）
（参加者氏名）

Interview Location: _____ **Date of Birth:** _____
（面接地） （生年月日）

Your application cannot be processed without this form. It is important that you submit accurate information regarding your medical history. This information will be used when assigning your placement as well as in serving as a quick reference should any medical emergencies arise while you are participating in the program.

If you suffer, or have ever suffered from any physical or mental illness, please attach an explanation from your physician, using the Statement of Physician form, stating whether you are fit to participate in the 2020 JET Programme and, as such, to live and work overseas.

（この書類の提出がないと、応募申請手続きが進められません。病歴について、正しい情報を提出することが重要です。この情報は、配置先の決定やJET参加期間中に医療的な緊急事態が起こった際に参照するために使用されます。もし、過去もしくは現在に身体的・精神的な病気を有する場合には、2020年度のJETプログラム参加、ないしは海外で生活し、働くことに問題がないか否かを明記した2020年度版の医師の診断フォームを添付してください。）

1. Current Treatment of Any Physical Conditions（健康状況に係る現在の治療状況）

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 form.

（現在通院や治療・薬物治療を受けているか（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. Physical Condition(s) in the Past Five (5) Years（過去５年における健康状況）

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

（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 Undisclosed Conditions（その他引き続いている健康状況）

Other than those stated in 2a., have you ever been treated for any other serious diseases, injuries, and/or medical conditions, including but not limited to heart disease, blood disease, auto immune disease, cancer, epilepsy, congenital disease, recurrent disease, 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 form.

（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. History of Nervous or Mental Conditions in Your Lifetime（神経・精神的疾患に関する病歴）

Have you ever suffered from any nervous or mental disorders? If yes, you must provide details below AND have your doctor fill out the Statement of Physician form. 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）にかかったことがあるか。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行う旨をご了承ください。）

☐ Anxiety（神経不安症）	☐ Depression（うつ病）	☐ Obsessive-Compulsive Disorder（強迫神経症）
☐ Bipolar Disorder（双極性障害）	☐ Attention Deficit Disorder（ADD）	☐ Attention Deficit/Hyperactivity Disorder（ADHD）
☐ Eating Disorder（摂食障害）	☐ Post-Traumatic Stress Disorder（PTSD）	☐ Other (　　)（その他）

4. Foreseeable Difficulty in Navigating Stairs （階段の昇降で予見される困難）

Do you foresee any physical challenges resulting from the need to go up and down several flights of stairs on a daily basis? If yes, please explain.

（数階分の階段の昇降で身体的問題が予測されるか。ある場合は詳細を説明すること。）

5. Allergies（アレルギーについて）

What allergies do you have, if any? Are you currently undergoing treatment? If yes, provide details.

（アレルギー症があるか。該当する場合に，治療は受けているか。詳細を以下に明記すること。）

6. Medications（投薬について）

If you are currently taking, or have taken in the last five years, any prescription medication, other than oral contraceptives, please give details including the name of the medication, purpose, and dates taken. Make sure to describe the conditions for which you take any medications listed here in questions 1, 2a., 2b., 3, above.

（現在または過去５年間に薬物治療を受けている場合（ただし、経口避妊薬を除く。），薬品の名前，目的，服用頻度も含めてその詳細を記入すること。なお，上記の設問1，2a，2b，3で挙げた状況に対する処方箋についても明記ありたい。）

7. Eyesight and Hearing（視力と聴力について）

Are you colour blind or do you have any disabilities related to your eyesight or hearing? (Excluding the use of prescription glasses and contact lenses to correct vision) If yes, please provide details. If you have a driver's licence, please describe whether it affects your ability to drive.

（視覚障害、色盲、聴覚障害で該当するものがあるか。（眼鏡、コンタクトレンズの使用により矯正済みの場合を除く。）該当する場合は、詳細を明記すること。運転免許保持者は、運転に支障がないか記入すること。）

☐ Legally Blind（視覚障害）　☐ Colour Blindness（色盲）　☐ Hearing Impaired（聴覚障害）

If you provided information for Question 7 and have a driver's licence, does this affect your ability to drive?

☐ Yes　☐ No

（もし7に該当し、運転免許を所持している場合、運転能力に影響はあるか。）

8. Dietary Restrictions（食事制限について）

Are there any foods or substances which, for medical or personal reasons, you do not eat? If so, please give details (e.g. medical, religious, personal reasons, etc.).

（現在食事制限を受けている場合，その詳細を記入すること。例：疾病，宗教的，個人的な理由等）

Food				**Reasons**
☐ Beef（牛肉）	☐ Chicken（鶏肉）	☐ Dairy Products（乳製品）	☐ Eggs（卵）	☐ Allergies（アレルギー）
☐ Gluten（グルテン）	☐ Tree Nuts（ナッツ類）	☐ Peanuts（ピーナッツ）	☐ Pork（豚肉）	☐ Religion（宗教上）
☐ Wheat（小麦）	☐ Shellfish（貝類・甲殻類）	☐ Soy（大豆）		☐ Other medical reasons その他の疾病のため
☐Finfish（魚類）	☐ Fruit（果物）	☐ Other (　　)（その他）		☐ Other (　　)（その他）

9. Other Health Related Issues or Disabilities（その他健康にかかわる問題や障害）

Please explain any other health-related issues/ disabilities (e.g. confined to wheelchair, pending medical treatment, etc.)

（その他の健康上の注意事項及び障害について以下に記入すること。例：車いすの使用，治療中の事項等）

10. Tattoos or Piercings / Miscellaneous（タトゥー・ピアス／その他について）

Candidates who have tattoos and/or body piercings, please provide details of the tattoos, including location and size.

（タトゥーやピアスがある場合，その詳細を記入）

I understand that false statements may result in disqualification from the Programme.
I also understand that if I suffer, or have ever suffered from any physical or mental illness, I must also submit the *Statement of Physician* form in which my physician clearly states my ability to live and work overseas on the JET Programme.

（申告書に虚偽の申告をした場合、本プログラムへの参加資格を取り消されることがあることを理解しています。また、過去及び現在において、いかなる身体的・精神的疾患を有する場合にも、JETプログラム参加者として海外で働き、生活をすることができると医師により明確に記載されている診断書を提出する必要があることを理解しています。）

Applicant's Signature: _____ Date: _____

（応募者自署）　Please sign by hand　（日付）