THE JAPAN EXCHANGE AND TEACHING PROGRAMME
2027 SELF-REPORT OF MEDICAL CONDITIONS
（健康状態自己申告書）

Name of Applicant: _____ _____ _____
(as printed on 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） (yyyy / mm / dd)

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 Programme.

If you currently have or have ever had any physical, mental, or developmental conditions, please attach an explanation from your physician using the 2027 Statement of Physician form stating whether you are fit to participate in the 2027 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・発達的な病歴を有する場合には、2027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2027年度版の医師の診断書を添付してください。）

1. Current Treatment of Any Physical Conditions（健康状態に係る現在の治療）
Are you currently seeing a physician and/or undergoing treatment (other than for acne, common colds, fevers, routine visits to OB/GYN facilities, or consultations for contraception)? If yes, you must provide details below as to when, why, and for how long you have been receiving treatment AND have your doctor fill out the **Statement of Physician**.
（現在通院や治療・薬物治療を受けているか（ニキビ、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、治療の期間など）を明記し、医師の診断書を添付すること。）

2a. Chronic or Lifelong Physical Condition(s)（慢性または後遺症が残る身体的健康状態）
Have you **ever** been diagnosed and/or treated for any serious diseases, injuries, and/or medical conditions, including but not limited to heart disease, blood disease, autoimmune disease, cancer, epilepsy, congenital disease, recurrent disease, or any other disease, injury, or medical condition that may potentially involve chronic or lifelong effects? If yes, you must provide details below AND have your doctor fill out the **Statement of Physician**.
（過去に心疾患、血液疾患、自己免疫疾患、がん、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）、慢性または現在に後遺症が残る可能性のある病気及び怪我を含む深刻な病気や怪我または病態で診断され・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、医師の診断書を添付すること。）

2b. Serious Condition(s) in the Past Five (5) Years（過去５年における深刻な健康状態）
Other than those stated in 1 and 2a, have you had **any** serious diseases, injuries, and/or medical conditions **in the past five years**? If yes, please provide details below as to when, why, and for how long you received treatment. **If any of these resulted in hospitalisation, have your doctor ALSO fill out the Statement of Physician.**
（1及び2aに明記した以外で、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。詳細（時期、事由、治療の期間）を以下に明記し、入院した場合には、医師の診断書を添付すること。）

REFERENCE PURPOSES ONLY

3a. History of Mental Health or Developmental Disorders, or Gender Dysphoria/Incongruence in Your Lifetime
（精神疾患・発達障害に関する病歴）

Have you **ever** been diagnosed with any mental health disorders (such as anxiety, depression, eating disorders, etc.) or developmental disorders (including ADD/ADHD, autism, etc.)? If yes, even if it was a minor case or a condition you have recovered from, you must provide diagnosis and treatment details below AND have your doctor fill out the **Statement of Physician**. Please note that we may contact your consulate or embassy if further information is required.

Note: Please enter details about learning disabilities such as dyslexia in 4.

（過去に精神疾患（例：不安症、鬱病、摂食障害等）または発達障害（例：ADD/ADHD、自閉症等）に診断されたことがあるか（軽度の疾患、完治・寛解した疾患を含む）。もしある場合，たとえ軽度や既に回復している状態であっても、診断や治療の詳細を明記し、医師の診断書を添付すること。なお、必要時には在外公館への問い合わせを行う旨をご了承ください。

※ディスレクシア（失読症）などの学習障害については、第４問に記載してください。）

☐ Anxiety (不安症)
☐ Depression (うつ病)
☐ Obsessive-Compulsive Disorder (OCD・強迫神経症)
☐ Bipolar Disorder (双極性障害)
☐ Eating Disorder (摂食障害)
☐ Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD・心的外傷後ストレス障害)
☐ Tic Disorder/ Tourette Syndrome (チック症・トゥレット障害)
☐ Autism Spectrum Disorder (ASD・自閉症)
☐ Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder (ADD・ADHD)
☐ Gender Dysphoria / Gender Incongruence (性別違和・性別不合)
☐ Other (　　) (その他)

3b. Counselling / Therapy / Psychiatry（カウンセリング・セラピー・精神科診察）

If you are **currently receiving** or **have received in the last five years** therapy or similar services (excluding couples counselling), please indicate the following details, as well as any other relevant information.

（現在または過去５年間にセラピー等（カップルカウンセリングを除く）を受けている場合、以下の事項に加え、その他の関連情報を記載すること。）

Format（形式） (check **all** that apply)	**Frequency（頻度） (i.e. 2 times/month)**	**Period（期間）** (See instructions below*)	**Purpose（目的）**
☐ Remote (遠隔)	____ times / _____	**Start:**	
☐ In-person (対面)	____ times / _____	**End:**	
☐ Remote (遠隔)	____ times / _____	**Start:**	
☐ In-person (対面)	____ times / _____	**End:**	
Additional Entries（追加の記入欄）			

* Write 'present' after 'End:' if currently undergoing. （使用中の場合、「End:」欄に「現在」を入力すること。）

4. Learning Disabilities（学習障害などについて）

If you have any learning disabilities (such as dyslexia), please provide details.
In particular, **please describe whether or not you are currently receiving treatment or require support for these conditions**, as well as details of any complications or educational support needs (i.e. for reading and writing handwritten/typed text). Please note that we may contact your consulate or embassy if further information is required.

（ディスレクシア（失読症）などの学習障害がある場合は、詳細を以下に明記すること。特に、現在治療を受けているか、現在支援を必要としているか、又は手書き及びタイプされた文字の読み書きにおいて特殊事情や教育的支援が必要な場合は、その詳細をご記入ください。なお、必要時に在外公館への問い合わせを行う旨をご了承ください）

☐ Dyslexia (ディスレクシア・失読症)
☐ Dysgraphia (ディスグラフィア・書字障害)
☐ Dyscalculia (ディスカルキュリア・算数障害)

REFERENCE PURPOSES ONLY

☐ Dyspraxia (ディスプラクシア・統合運動障害)　☐ Auditory Processing Disorder (聴覚情報処理障害)　☐ Language Processing Disorder (言語処理障害)
☐ Other (　　) (その他)

5. 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 ordinary use of prescription glasses and contact lenses to correct vision)? If yes, please provide details.
（色盲、視覚障害、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。）

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

If you provided information above and have a driving licence, does this affect your ability to drive?
（もし上記に該当し、運転免許を所持している場合、運転能力に影響はあるか。）
□ Yes（はい）　□ No（いいえ）

6. 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, carrying heavy items on a daily basis, and/or riding a bicycle? If yes, please provide details.
（数階分の階段の昇降、荷物の運搬や自転車使用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。）

7. Allergies（アレルギーについて）
Please provide details about any allergies you have, including severity and details of any treatment (prescription medication, EpiPen, etc.)
（アレルギー症があるか。該当する場合、治療は受けているか。深刻さなどの詳細を以下に明記すること。）

8. Dietary Restrictions（食事制限について）
Are there any foods or substances that, for medical or personal reasons, you do not eat? If so, please give details (e.g. medical reasons, religion, 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

☐ Beef (牛肉)　☐ Chicken (鶏肉)　☐ Dairy Products (乳製品)　☐ Eggs (卵)
☐ Gluten (グルテン)　☐ Tree Nuts (ナッツ類)　☐ Peanuts (ピーナッツ)　☐ Pork (豚肉)
☐ Wheat (小麦)　☐ Shellfish (貝類・甲殻類)　☐ Soy (大豆)
☐ Finfish (魚類)　☐ Fruit (果物)　☐ Other (　　) (その他)

Reasons

☐ Allergies (アレルギー)
☐ Religion (宗教上)
☐ Other medical reasons (その他の疾病のため)
☐ Other (　　) (その他)

9a. Medications（投薬について）
Please write down any prescription medication (other than for common colds/viruses, oral contraceptives, or acne medications) you are **currently taking** or **have taken in the last five years**. Make sure to describe the conditions for which you take any medications listed here in questions 1-3 or 7 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、風邪薬、経口避妊薬、ニキビ治療薬を除く。）その詳細を記入すること。なお、上記の設問1～3、7で挙げた状況に対する処方箋についても明記ありたい。）

REFERENCE PURPOSES ONLY

Medication（薬名） (generic names preferred)	**Condition(s)**（病名）	**Dosage**（投薬量）**& Frequency**（頻度）	**Period**（期間） (See instructions below*)
			Start:
		____ times / _____	**End:**
			Start:
		____ times / _____	**End:**
			Start:
		____ times / _____	**End:**
Additional Entries（追加の記入欄）			

* Write 'present' after 'End:' if currently taking. （使用中の場合、「End:」欄に「現在」を入力すること。）

9b. Medication Illegal in Japan（日本での違法薬物について）

Are you currently taking medication which is illegal in Japan (including Adderall and many other amphetamines, medical marijuana, etc.)?

（現在、日本での違法薬物（アデロールなど多くのアンフェタミン及び医療大麻を含む）を使用中か。）

☐ Yes, I am currently taking medication which is illegal in Japan.（はい、日本での違法薬物は使用中。）

☐ No, I am not currently taking medication which is illegal in Japan.（いいえ、日本での違法薬物は不使用。）

If yes, will you cease to take or change said medication before by the Reply Form deadline,9 April 2027

Note: If you are selected as either a shortlist OR alternate candidate, you will need to submit **an additional Statement of Physician** form for proof by the above date.

（該当する場合、参加同意書の提出日（2026年４月９日）までに代替薬に変更する又は服用を中止するか。

※最終候補者又は補欠候補者のいずれかになる場合、証明のために上記日程までに追加の医師の診断書の提出が必要となる。）

☐ Yes（はい） ☐ No（いいえ）

10. 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 or disabilities (e.g. use of a wheelchair, other medical devices, pending medical treatment or diagnosis, 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：学習障害、車いすの使用、治療中の事項等）

I understand that false statements about my medical history made on this form or elsewhere may result in my disqualification from the JET Programme.

I also understand that if I have or have ever had any physical, mental, or developmental condition, I must also submit the Statement of Physician in which my physician clearly states my ability to live and work overseas on the JET Programme.

（本書等には、申告書の病歴について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・発達的な病歴を有する場合にも、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） （日付）

REFERENCE PURPOSES ONLY