

健康状況自己報告書

- 下記の事項について記入
- 合格者は医師による健康診断報告書を提出

1. 応募者：

(姓) _____ (名) _____

2. 最後に医師の診断を受けた時期及び内容：

時期： _____

内容： _____

3. 過去5年の間にかかった病気・持病・怪我：

病気： _____

持病： _____

怪我： _____

4. 過去2年以内の入院：

入院歴： 有 ・ 無

入院理由： _____

5. 精神的、情緒的又は神経性の疾患のための精神科医の診療又は治療：

診療又は治療歴： 有 ・ 無

(注) 有の場合は、その内容を自己で説明したものと親展扱いの精神科医又は治療師の報告書を添付

6. 現在、アレルギー症がある場合、その詳細を記入：

種類： _____

内容： _____

7. 現在、医師の指示による薬物治療をうけている場合、その詳細を記入：

種類： _____

内容： _____

8. 現在、食事制限を受けている場合、その詳細を記入：

種類： _____

内容： _____

申告書の記載事項のとおり相違ありません。

申請者署名 _____

署名年月日

年 月 日

Statement of Physician

Explanation of items mentioned by patient on self-assessment medical form

To the Physician: The patient presenting this form is applying to the JET Programme and must provide a physician's statement concerning his/her medical health as indicated on his/her Self Assessment Medical Form.

Based on your current examination/evaluation and knowledge of the patient's medical history, please describe his/her medical condition and state whether or not you think the applicant is fit to work in Japan as a participant on the JET Programme.

Note: Participants of the JET Programme undertake year-long contracts at schools and offices in Japan, working as Assistant Language Teachers or Coordinators for International Relations. For more detail on the programme, please visit the website: <http://www.jetprogramme.org>.

(To be completed and signed by examining physician. Physician must not be a relative of applicant.)

Do you foresee the need for this applicant to take medication during his/her participation on the JET Programme? (If yes, please list medications and give details if not listed above.)

YES NO

****Japanese law may prohibit importation of certain medication. In this case, the applicant may need to use an alternative medication. Additionally, it may be necessary for the applicant to complete medical import forms for importation of certain medication.**

Date: _____ Signature: _____

Physician's Name in Print: _____

Office/ Institution: _____

Address: _____

Tel: _____ Fax: _____ e-mail: _____