

THE JAPAN EXCHANGE AND TEACHING PROGRAMME
2025 SELF-REPORT OF MEDICAL CONDITIONS
(健康状況自己報告書)

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)

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 or mental conditions, please attach an explanation from your physician using the 2025 Statement of Physician stating whether you are fit to participate in the 2025 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、2025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2025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 (other than acne, common colds, fevers, visits to OB/GYN facilities, or consultations for requesting 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 hospitalisation, please provide details below as to when, why, and for how long you received treatment 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。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 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 involving chronic or lifelong effects? 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、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)、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 Mental Health or Developmental Disorders in Your Lifetime (精神的疾患・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) or developmental disorders (including ADD and ADHD)? 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. If you are currently undergoing therapy, please also include the frequency and type (i.e., in-person or online). Please note that we may contact your consulate or embassy if further information is required.

(過去に精神的疾患(例: 不安神経症、鬱病、摂食障害等)または発達障害(例: ADD、ADHD)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、診断や治療の詳細を明記し、医師の報告書を添付すること。セラピーを受けている場合、頻度および形式(対面かオンライン)の詳細も記載してください。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。)*失読症などの学習障害は問9に記載してください。

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Anxiety (神経不安症) | <input type="checkbox"/> Depression (うつ病) | <input type="checkbox"/> Obsessive-Compulsive Disorder (強迫神経症) |
| <input type="checkbox"/> Bipolar Disorder (双極性障害) | <input type="checkbox"/> Attention Deficit Disorder (ADD) | <input type="checkbox"/> Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) |
| <input type="checkbox"/> Eating Disorder (摂食障害) | <input type="checkbox"/> Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) | <input type="checkbox"/> Autism Spectrum Disorder (ASD/自閉症) |
| <input type="checkbox"/> Gender Dysphoria (性別違和) | <input type="checkbox"/> Other () (その他) | |

4. Non-medicated Learning Disabilities (学習障害などについて)

If you have non-medicated learning disabilities such as dyslexia, please provide details. Please include details of any complications or educational support needs for reading and writing handwritten/typed text.

(ディスレクシア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、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。)

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 use of prescription glasses and contact lenses to correct vision)? If yes, please provide details. If you have a driver's licence, please also 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。)

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Legally Blind (視覚障害) | <input type="checkbox"/> Colour Blind (色盲) | <input type="checkbox"/> Hearing Impaired (聴覚障害) |
|---|--|--|

If you provided information for question 5 and have a driver's licence, does this affect your ability to drive?

- ☐ Yes ☐ No

(もし5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。)

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 and/or carrying heavy items on a daily basis? If yes, please explain.

(数階分の階段の昇降や荷物の運搬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)

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、治療は受けているか。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

- | | | | |
|---|--|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Beef
(牛肉) | <input type="checkbox"/> Chicken
(鶏肉) | <input type="checkbox"/> Dairy Products
(乳製品) | <input type="checkbox"/> Eggs
(卵) |
| <input type="checkbox"/> Gluten
(グルテン) | <input type="checkbox"/> Tree Nuts
(ナッツ類) | <input type="checkbox"/> Peanuts
(ピーナッツ) | <input type="checkbox"/> Pork
(豚肉) |
| <input type="checkbox"/> Wheat
(小麦) | <input type="checkbox"/> Shellfish
(貝類・甲殻類) | <input type="checkbox"/> Soy
(大豆) | |
| <input type="checkbox"/> Finfish
(魚類) | <input type="checkbox"/> Fruit
(果物) | <input type="checkbox"/> 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)

9. 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 for common colds/viruses, oral contraceptives, or acne medications), please give details including the name of the medication, purpose, and period taken. Make sure to describe the conditions for which you take any medications listed here in questions 1, 2a., 2b., and 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。)

If you are currently taking medication which is illegal in Japan (including many amphetamines such as Adderall), will you change or cease to take said medication before arrival in Japan? If yes, you will need to submit an additional Statement of Physician at a later time.

(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を含む)を服用中の場合、来日前に代替薬に変更する又は服用を中止するか。該当する場合には、後日医師の報告書を提出すること。)

☐ Yes ☐ No ☐ Not applicable

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/disabilities (e.g. learning disabilities such as dyslexia, use of a 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：学習障害、車いすの使用、治療中の事項等)

I understand that false statements may result in disqualification from the JET Programme.

I also understand that if I have or have ever had any physical or mental 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.

(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、生活をする事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)