

# Health Form (page 1 of 4)

健康証明書(英語記入)



締切: 調査開始2ヶ月前

Dear Participant: 参加者の方へ

この健康証明書はアースウォッチの海外調査の参加に必須の提出書類です。医師の署名が入った健康証明書が提出されなければ、調査に参加することはできません。

- 3 ページまでの項目は参加者自身で該当する項目を記入します。記述欄が少ない場合は別紙を追加してください。
- 4 ページ目には医師の署名欄がありますので、ブリーフィングの Project Conditions, Health Information, Emergencies in the Field の項目を理解し、調査で要求される体力を考慮したうえで署名をもらってください。
- 署名をもらうのは調査開始の1年前以降とし、また署名をもらう医師は本人との縁戚関係がない人に限ります。ここに記入した情報が正確であれば、参加する調査が適当であるかどうかの判断だけでなく、参加中に参加者の身体に救急医療が必要な事態が起きた時にも役に立ちます。安全に活動できる範囲が身体能力によって制限されるような場合、その身体状況を開示されていないと、ご自身の負担で調査から退去させられる可能性があります。また書類提出後に身体的状況、投薬の状況に変化があった時は必ずアースウォッチ事務局にご連絡ください。

This health form is a vital part of signing up to be a volunteer on an Earthwatch expedition. **Without this health form including the doctor's signature (page 4) on file, Earthwatch Institute cannot permit you to participate in an expedition.**

- Fill out the participant portion of this form completely (pages 1-3).
  - Ask your doctor to read the *Project Conditions, Health Information, and Emergencies in the Field* sections of your Expedition Briefing and ask the doctor to sign the last page of this form, verifying that you are able to participate.
  - Have your health form signed by your doctor within one year prior to the start date of the expedition
- Accurate completion of this form will not only help us match you with an expedition that suits your preferences and abilities, but will be helpful if you have a medical emergency while on the expedition. Participants who do not disclose medical conditions that limit their ability to safely participate on an expedition risk removal from the team at their own expense. You must alert Earthwatch of any changes to your medical status or medications that occur after submission of this form.

**予防接種について:**

ボランティアで参加していただくため、必要な予防接種を受けることは参加者の責任です。渡航医療についての最新の情報は、かかりつけの医師または渡航医療の医師、あるいはインターネット(CDC オンライン [www.cdc.gov/travel](http://www.cdc.gov/travel))にて確認してください。調査地によっては入国に接種証明書が必要な場合もあります。調査ブリーフィングにも予防接種について記載しています。

**Vaccinations:** You are responsible for any applicable vaccinations for your particular project. Please check with your doctor, local travel clinic, or the CDC online ([www.cdc.gov/travel/](http://www.cdc.gov/travel/)) for the latest information on travel medicine. Some countries require certificates of vaccination to enter. Your Briefing document will have this information.

|                                 |                  |                          |                        |
|---------------------------------|------------------|--------------------------|------------------------|
| <b>Project title</b><br>参加する調査名 |                  | <b>Team No.</b><br>チーム番号 |                        |
| <b>First Name</b>               |                  | <b>Family Name</b>       |                        |
| <b>Age</b><br>年齢                | <b>Height 身長</b> | cm                       | <b>Weight 体重</b><br>kg |

Have you ever had any of the following conditions? Please check all that apply and use the space provided on the next page to provide additional details. 下記の症状のある方は該当するものにチェックし余白にその症状を記入してください。

|   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Anaemia (貧血症)  | <input type="checkbox"/> Epilepsy/seizures (てんかん/発作)                            | <input type="checkbox"/> Migraines / severe headaches (偏頭痛、激しい頭痛)   |
| <input type="checkbox"/> Cancer (悪性腫瘍)  | <input type="checkbox"/> Head injury (頭部外傷)                                     | <input type="checkbox"/> Musculoskeletal conditions (osteoporosis, fibromyalgia, etc) (筋骨格疾患(骨粗鬆症、線維筋痛))          |
| <input type="checkbox"/> Chronic lung conditions (慢性肺症)   | <input type="checkbox"/> Heart conditions (murmur, irregularity) (心臓病(心雑音、不整脈)) | <input type="checkbox"/> Nervous system conditions (multiple sclerosis, Parkinson, etc) (神経系疾患(多発性硬化症、パーキンソン病など)) |
| <input type="checkbox"/> Chronic back conditions (慢性腰痛)   | <input type="checkbox"/> Heat and/or cold sensitivity (高温/低温過敏)                 | <input type="checkbox"/> Orthopaedic problems (sprains, strains or fractures) (整形外科関連症状(捻挫/筋違い/骨折))               |
| <input type="checkbox"/> Cognitive disorders (Alzheimer, memory loss, dementia, etc) (認知障害(アルツハイマー、記憶喪失、認知症など)) | <input type="checkbox"/> High Blood Pressure (高血圧)                              | <input type="checkbox"/> Skin conditions (皮膚病)  |
| <input type="checkbox"/> Dizziness/ balance conditions (めまい、平衡感覚疾患)   | <input type="checkbox"/> Immune system conditions (免疫システム症)                     | <input type="checkbox"/> Sleep apnea (睡眠時無呼吸)   |
| <input type="checkbox"/> Eating disorder (摂食障害)   | <input type="checkbox"/> Kidney or liver conditions (腎臓/肝臓障害)                   | <input type="checkbox"/> Stomach / intestinal conditions (胃/腸炎)   |
| <input type="checkbox"/> Endocrine /thyroid conditions (内分泌性障害/甲状腺機能不全)   | <input type="checkbox"/> Malaria (マラリア)   |   |
|   | <input type="checkbox"/> Tuberculosis/exposure to TB (結核症陽性)                    |   |
| <input type="checkbox"/> Asthma (喘息) – cause 原因:  | Do you self-medicate? (自己投薬)  | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No  |
| <input type="checkbox"/> Diabetes/Hypoglycaemia (糖尿病/低血糖症) type 型:  | Do you self-medicate? (自己投薬)  | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No  |
| <input type="checkbox"/> Active Hepatitis (肝臓炎) Type 型:   |   |   |

# Health Form (page 2 of 4)

## 健康証明書(英語記入)

|   |
|---|
| Have you been hospitalised or had surgery in the past two years? (過去2年間の入院や手術の経験) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No<br>If yes, please include details in the space provided below. (あれば下部余白に記述)  |
| Do you have any phobias which might inhibit your participation? (参加を控えたほうがよい恐怖症) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No<br>Please describe in the space provided below (あれば下部余白に記述)   |
| Do you have any allergies? (Including drugs, food etc; list the reaction and treatment in the space provided below.) (アレルギー(薬、食物に対するものも含む)。あればその反応と治療法を下部余白に記述) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No  |
| <b>If you have checked any of the conditions above, please provide as much detail as possible here, including dates of treatment/surgery, and potential effects on your participation on this expedition:</b><br>上記のいずれかに該当する方は、治療や手術の日付、調査参加中に考えられる可能性などできるだけ詳しくご記入ください。 |
| <i>We may need to contact you to discuss your condition to assess how it may affect your ability to safely and effectively participate on your chosen expedition. 調査に参加することができるか確認するために、あなたの健康状況について問い合わせることがあります。</i>  |

## Mental Health(精神的健康状態)

|   |
|---|
| Have you ever been diagnosed with or been treated for a psychiatric condition such as bipolar disorder or depression? (双極性障害や鬱などで精神科の診断や治療を受けたことがありますか) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No<br>If yes, please provide details: (あれば詳しく記述)  |
| Have you ever been hospitalized or in residential treatment for psychiatric care? (精神科治療のために入院又は自宅療養をしたことがありますか) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No<br>If yes, please provide the dates of hospitalization/treatment: (あればその入院又は療養の日付を記入) |
| May we contact your psychologist/psychiatrist? (あなたが治療を受けた精神科医又は精神分析医に連絡してもよいですか) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No<br>Psychologist/psychiatrist name and phone number: (医師の名前と電話番号):  |

## Medications(服用薬)

|  |
|--|
| Do you take any prescription or non-prescription medications for the previously-mentioned conditions? (これまでにあげた症状について、処方箋薬、市販薬のいずれかを服用していますか) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No<br>If yes, please list the medication, reason for taking it, length of time you've been taking it, and the current dosage. 服用しているのであれば、薬の種類、服用の理由、服用している期間、現在の服用量を記述してください。 |
|--|

## Vision and Hearing(視力と聴力)

|  |
|--|
| Do you have difficulty seeing in low-light conditions or have unusual difficulties seeing at night? (光の弱いところ、あるいは夜間の視力に問題がありますか) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No  |
| Do you have color blindness? (色覚異常はありますか) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No   |
| Do you have glaucoma, macular degeneration, cataracts or other visual impairment? (緑内障、黄斑変性、白内障、その他の視力障害はありますか。ある場合、詳細に記述してください) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No  |
| Are you hearing impaired? (聴力に障害はありますか) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No<br>If yes, describe how this could affect your participation. (もしある場合、調査参加にどのような影響がありますか) |

## Current Level of Physical Activity(現在の体力状況)

Please check the box that applies to you. (該当欄にチェック)

| Activity Type<br>運動の種類 | Frequency<br>頻度 | Time / distance<br>時間/距離 | Relaxed<br>軽く            | Moderate<br>適度に          | Intense<br>ハードに          |
|------------------------|-----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Walking                |                 |                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Running                |                 |                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Swimming               |                 |                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Other (specify)        |                 |                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Other (specify)        |                 |                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

# Health Form (page 3 of 4)

健康証明書(英語記入)

| Stamina(スタミナ)  | Easily<br>簡単に            | Moderately<br>well<br>普通に出来る | With<br>difficulty<br>なんとか | Not at all<br>できない       |
|--|--------------------------|------------------------------|----------------------------|--------------------------|
| Before tiring I can walk 1 mile / 1.6 km (疲れずに 1.6 キロ歩ける)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| Before tiring I can walk 5 miles / 8 km (疲れずに 8 キロ歩ける)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| I can hike 3 hours over rough terrain (起伏の多い地形を 3 時間歩ける)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| I can hike 3 hours with a 40lb / 18 kgs pack over rough terrain (起伏の多い地形を 18kg の荷物を背負って 3 時間歩ける) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |

Do you use any walking aids? (歩行補助器具を使用していますか)  Yes  No  
 Please elaborate on the type of aid (e.g. cane, crutches, walker, wheelchair) and reason for need.  
 もしあれば、使用しているもの(杖、松葉杖、歩行者、車椅子)とその理由を記述してください

## Swimming Ability(水泳力)

|  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Non-swimmer(泳げない)   | <input type="checkbox"/> Recreational swimmer(少し泳げる)                       |
| <input type="checkbox"/> Strong swimmer(泳げる) | <input type="checkbox"/> Current water life-saving certificate (人命救助資格を保有) |

Comments (optional)(なにかあればコメント)

If you will be participating in a water-based project, please complete and return the water skills form.

(注:水に関連する調査に参加する場合は、別途 Water Skills フォームを提出してください)

## 参加者による承認

私は、私が申し込んだ調査の体力的条件を理解しました。私は、私(私の子)の体力で私(私の子)が安全に参加できるかどうかの判断は私に責任があることを理解しました。私は、担当医とともにこの健康証明書およびブリーフィングに記載の調査の状況について精読しました。そしてこの健康証明書のすべての質問に正確にまた完全に答えました。身体状況について正確に開示することによって、不必要に調査への参加が断られることはないかと理解しています。

私は、いかなる医師または外科医またはもっとも適切な医療提供者の通常または特別管理の下で判断された、適切な処置とみなされる医学的治療、X線検査、麻酔薬、輸血、医学的または外科的診断または処置および入院などの判断は、アースウォッチ調査チームに委ねることをここに同意します。私は、そうした医療提供者が私(私の子)の情報と、私(私の子)の状況および処置についてアースウォッチに提供することをここに正式に許可します。私は、そうした治療にかかるいかなる費用もすべて支払うことに同意します。その費用には、緊急輸送費用についても含まれ、これは保険で補てんされない場合であっても同じです。また、アースウォッチがこの書類に記載した情報を渡航先の調査主催者に開示し、調査終了後最低 7 年間保存しておくことを承諾します。

## Participant Affirmation

I understand the physical demands of the project for which I have signed up. I understand it is my responsibility to determine if I am (or my child is) able to participate safely given any medical conditions I (or my child) may have. I have reviewed this form and the project conditions in the Briefing document with a doctor. I have answered all questions on this form truthfully and completely, and understand that truthful disclosure of medical conditions will not necessarily lead to being excluded from a project. I authorize the Earthwatch Field Team to consent to medical treatment, the administration of x-ray examination, anesthetics, blood transfusion, medical or surgical diagnosis or treatment and hospital care which is deemed advisable by, and is to be rendered under the general or special supervision of any physician or surgeon or the most qualified medical provider. I authorize any such medical provider to release information about me (or my child) and my (or my child's) condition and treatment to Earthwatch. I agree to pay for any and all costs associated with such treatment, including the costs of evacuation, if any, that are not covered by insurance. I understand that Earthwatch will disclose information on this form to the lead field staff of the project to which I am (or my child is) travelling and will hold this information on file for a period of at least seven years following my (or my child's) return from the project.

アースウォッチが私(私の子)の主治医に連絡を取ることを、

Earthwatch  may(認めます)  may not(認めません) contact my (or my child's) doctor.

|                                  |  |                           |  |
|----------------------------------|--|---------------------------|--|
| Volunteer<br>Signature:<br>参加者署名 |  | Date: 日付<br>(dd/mmm/yyyy) |  |
|----------------------------------|--|---------------------------|--|

For participants under the age of 20

|                               |  |                           |  |
|-------------------------------|--|---------------------------|--|
| Parent<br>Signature:<br>保護者署名 |  | Date: 日付<br>(dd/mmm/yyyy) |  |
|-------------------------------|--|---------------------------|--|

# Health Form (page 4 of 4)

健康証明書(英語記入)  
医師による調査への参加承認

## 担当医の方へ

アースウォッチは、国際的な非営利組織で、世界中のフィールド研究に携わっている研究者の支援のため、研究者のもとにボランティアを送っています。この方は、1 ページ目に記載の調査にボランティアで参加することになりました。

調査のブリーフィングにある Project Conditions, Health Information, Emergencies in the Field の項目には、調査の過酷さ、および当該調査またはその地域における医学的懸念事項が記載されています。

調査における体力的要求、参加者の健康に対するリスクを考慮の上、この方が問題なく参加できると考えられるようでしたら下記に必要な事項を記入し、署名をお願いいたします。

## Doctor's Approval for Project Participation

**Your application is incomplete without the signature of a doctor. Please note that the medical professional signing this form may not be related to the applicant in any way, including by marriage.**

### To the Doctor:

Earthwatch is an international non-profit organisation that sends volunteers to all parts of the world to assist scientists doing field research. Your patient has volunteered to join the project listed on the previous page.

Please review the *Project Conditions*, *Health Information*, and *Emergencies in the Field* sections of the Project Briefing document, which address the rigour of the project and any medical concerns specific to the project and the region.

After discussing the project's physical demands and health risks with your patient, if you feel that your patient is fit and able to fully participate, please fill out the information and sign below.

(Please write clearly) はっきりとお書きください。

|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| <b>Patient name:</b><br>受診者名  |  | <b>Exam Date: 診察日</b><br>(dd/mmm/yyyy) |  |
| <b>How long have you known the patient?</b><br>どれくらいの期間この受診者を診ていますか |  |  |  |

|  |  |                |  |
|--|--|----------------|--|
| <b>Doctor's name:</b>                  |  |                |  |
| <b>Doctor's address:</b>               |  |                |  |
| <b>Speciality:</b>                     |  |                |  |
| <b>Telephone/Fax:</b>                  |  | <b>E-mail:</b> |  |
| <b>Comments:</b>                       |  |                |  |
| <b>Office/Surgery Stamp (optional)</b> |  |                |  |

私はアースウォッチの調査における健康上の危険度、体力的要求を審査し、受診者が健康であり調査に問題なく参加できると考えます。また、私はこの受診者とはいかなる縁戚関係にもありません。

I have reviewed the health risks and physical demands of the Earthwatch project, and believe that my patient is in good health and able to fully participate on this project. I am not related in any way to the patient.

|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| <b>Signature of the Doctor</b><br>担当医署名 |  | <b>Current Date: 日付</b><br>(dd/mmm/yyyy) |  |
|---|--|--|--|

ご提供していただく個人情報は外部に漏洩することの無いよう適切な管理の元に運用されますが、研究者などアースウォッチに関連する関係者とは情報を共有することがあります。掲載の日本語は参考訳です。

提出先: 認定特定非営利活動法人アースウォッチ・ジャパン

〒113-8657 東京都文京区弥生1-1-1 東京大学大学院農学生命科学研究科 フードサイエンス棟4階

Tel. 03-6686-0300 Fax 03-6686-0477 E-mail: [info@earthwatch.jp](mailto:info@earthwatch.jp)

(Feb.2015)