



J A P A N



型 / Type	発行国 / Issuing country	旅券番号 / Passport No.
P	JPN	TT7698119



IWAMA

名/Given name

RYOICHI

國籍/Nationality 生年月日/Date of birth

JAPAN 15 OCT 1956

性別/Sex

M

本 籍/Registered Domicile

KANAGAWA

發行年月日/Date of issue

所持人自署/Signature of bearer

14 JAN 2025

有效期間滿了日/Date of expiry

14 JAN 2035

発行官庁/Authority

MINISTRY OF
FOREIGN AFFAIRS

一頁問石

[illegible]

TT76981193JPN5610152M3501140<<<<<<<<<<<<<02

ピースボート地球一周の船旅 2025年 4月 Voyage120

お伺い書

旅行手続きにあたり、お伺いしたい事項がございます。
以下全ての項目にもれなくご記入のうえ、ご提出ください。

フリガナ 氏名： イマ マ 佳子 山 間 良一	申込番号： 0534
国籍 当てはまるものに☑を付けてください。 ☒ 日本の国籍だけを持っている ☐ 日本以外の国籍を持っている ※パスポートのコピーをご提出ください 〔詳細： 〕	出生国 当てはまるものに☑を付けてください。 ☒ 日本で生まれた ☐ 日本以外の場所で生まれた 〔詳細： 〕

ご旅行中の緊急連絡先 (平日・休日ともに連絡可能な親族の方をご記入ください)

フリガナ 氏名 ヤノ サトコ 矢野 理子	電話番号 080-3089-9875	続柄 子
住所 〒221-0802 横浜市神奈川区六反橋 3-19-9-1		

〈個人情報の取り扱いについて〉
株式会社ジャパングレイスは、本状においてお客様よりご提供いただく個人情報について、査証取得の在日公館へ提出するほか、渡航手続きに必要な範囲でのみ利用いたします。
お客様ご本人が個人情報の開示に同意している場合、もしくは法令により開示が求められた場合、統計資料等個人を特定することができない情報を開示する場合のいずれかを除いて、お客様からお伺いした個人情報を当社が第三者に開示することはありません。

健康質問書

(フル)
株式会社ジャパングレイス

※健康質問書へ虚偽なく記入いたします。

20 25 年 4 月 出航 Voyage 120 ピースポート ご記入日 2025 年 1 月 18 日

フリガナ お名前（署名）	伊 名 間 孝 一	出航時年齢	68 歳	性別	女 / 男	性別に関して説明が必要な方はお気軽にご相談ください。	申込番号	0534
-----------------	-----------	-------	------	----	-------	----------------------------	------	------

質問①～⑦まで記入漏れのないようにすべてご記入ください。

【質問①】 現在治療中の病気、過去 10 年間に治療を受けた病気、これまでに手術をした病気はありますか？
☐ いいえ ☐ はい 「はい」の方は、下記【病名表】で該当する番号をご確認のうえ、【詳細表】をご記入ください（受けた手術を含む）。
⑨～⑰は、診断名をご記入ください。病名が表にない場合は、⑱のその他の欄に診断名をご記入ください。

【病名表】

病気番号	病名	病気番号	病名	病気番号	病名	病気番号	病名
①	高血圧	②	脂質異常	③	糖尿病（服薬・注射）	④	腎結石・胆石
⑤	不整脈	⑥	前立腺肥大	⑦	緑内障	⑧	てんかん
⑨	虚血性心疾患（心筋梗塞、狭心症など） （診断名：						

↓ 「はい」の方は、上記【病名表】で該当する番号をご確認のうえ、【詳細表】をご記入ください。

【詳細表】

病気 番号	該当するものに○をつけてください				治療を開始 した年齢	治療が完了 した年齢	通院頻度	入院歴 （過去含む）
	治療中	観察中	手術	受診なし				
①	○				60才		15ヵ月に 1 回	年 月 頃～ 年 月 頃
							ヵ月に 回	年 月 頃～ 年 月 頃
							ヵ月に 回	年 月 頃～ 年 月 頃
							ヵ月に 回	年 月 頃～ 年 月 頃

※過去に心電図に異常が認められた方は心電図コピーをご提出ください。

【質問②】 現在服用しているお薬はありますか？

☐ いいえ ☐ はい 「はい」の方は、下記の表にお薬をすべてご記入ください。

※ 4 種類以上の場合、お薬手帳や処方箋等のコピーをご提出ください。

病気 番号	薬品名 （例：アムロジン）	容量 （例：5mg）	服用頻度	病気 番号	薬品名 （例：アムロジン）	容量 （例：5mg）	服用頻度
①	ジレムロ HD	20mg	1 日 1 回 / 1 回 錠				1 日 1 回 / 1 回 錠
			1 日 回 / 1 回 錠				1 日 回 / 1 回 錠

【質問③】 ② で「はい」の方は、ご旅行中に必要なお薬をご自身でご準備可能ですか？

☐ いいえ ☐ はい

※船内にある薬は応急処置を目的とした薬品で、既往症の治療に対する薬の処方ではできません。持参されない場合は、自己負担にて訪問地での病院を受診し、処方してもらう必要があります。

↓↓裏面へ続きます↓↓

【質問④】 日常生活や寄港地でのツアーに参加する時に、介助人や車椅子、杖、医療機器などが必要ですか？
また、現在妊娠中ですか？

☒ いいえ ☐ はい 「はい」の方は、該当項目にチェックしてください。

☐ 杖	☐ 手押し車	☐ 車いす（電動・手動）	☐ その他（ ）
☐ 補聴器（片耳・両耳）	☐ CPAP（シーパップ）	☐ ペースメーカー	☐ 在宅酸素
☐ 自己注射	☐ 点滴機器	☐ 妊娠（ 週目）	

【質問⑤】 今まで食品や薬品、その他でアレルギー症状が出たことがありますか？

☒ いいえ ☐ はい 「はい」の方は、以下ご記入ください。

食品名または薬品名		いつごろ	
具体的症状		対処法	

※症状が出た際に使用する薬をお持ちの方は旅行にご持参ください。

※旅行中に医療機関を受診する際は、自己申告をお願いします。

【質問⑥】 ⑤で「はい」の方、医療措置（点滴・注射）を必要とする重度の食物アレルギーはありますか？

☐ いいえ ☐ はい 「はい」の方は、以下に詳細をご記入ください。

発症経緯	
発症時の症状	
発症時の対処方法	

【質問⑦】 かかりつけの医療機関がありますか？

☐ いいえ ☒ はい 「はい」の方は、かかりつけ医をすべてご記入ください。

1. 医療機関名	岸内科医院	電話番号	045-642-3420
所在地	横浜市神奈川区角橋 1-24-3 橋上1F		
診療科目	内科	担当医名	岸竜也
2. 医療機関名		電話番号	
所在地			
診療科目		担当医名	
3. 医療機関名		電話番号	
所在地			
診療科目		担当医名	

※この健康質問書は、皆さまが安全に旅行を続けられ、診療室でのスムーズな状況把握と適切な治療を提供するために重要なものです。ご記入漏れがないかどうか、再度ご確認をお願いいたします。

※本紙にてご提供いただいた個人情報は、当社および本船診療室にてお客様の健康管理のために使用いたします。お客様の同意なく、第三者へ情報を開示・利用・提供することはありません。

B) 有効な ESTA を所持している方は
こちらをご提出ください。

ESTA自己取得届出書

フリガナ 氏名 イワ マ 誠 氏 岩 間 良 一 申込番号 0534

ESTA 申請番号 9903235519929R2I

有効期限失効日が 2025 年 8 月 4 日（月）以降の ESTA 申請番号をご提出ください。

公式ホームページ

<https://esta.cbp.dhs.gov/>



※ ステータス確認

公式ホームページの「ESTA のステータス確認」→「個人による申請のステータス確認」から確認できます。

※ 本クルーズで初めて ESTA 申請する場合は、

「米国への渡航目的は、他国へ乗り継ぐためですか？」の項目には「はい」と回答してください。

