

Are English medical certificates troublesome ?

～英文診断書事例と対応の紹介～

おだ内科クリニック

○小田 健司

広島文教女子大学・おだ内科クリニック

小田 典子

第 69 回広島医学会総会 一般演題 ポスター発表

2016 年 11 月 13 日

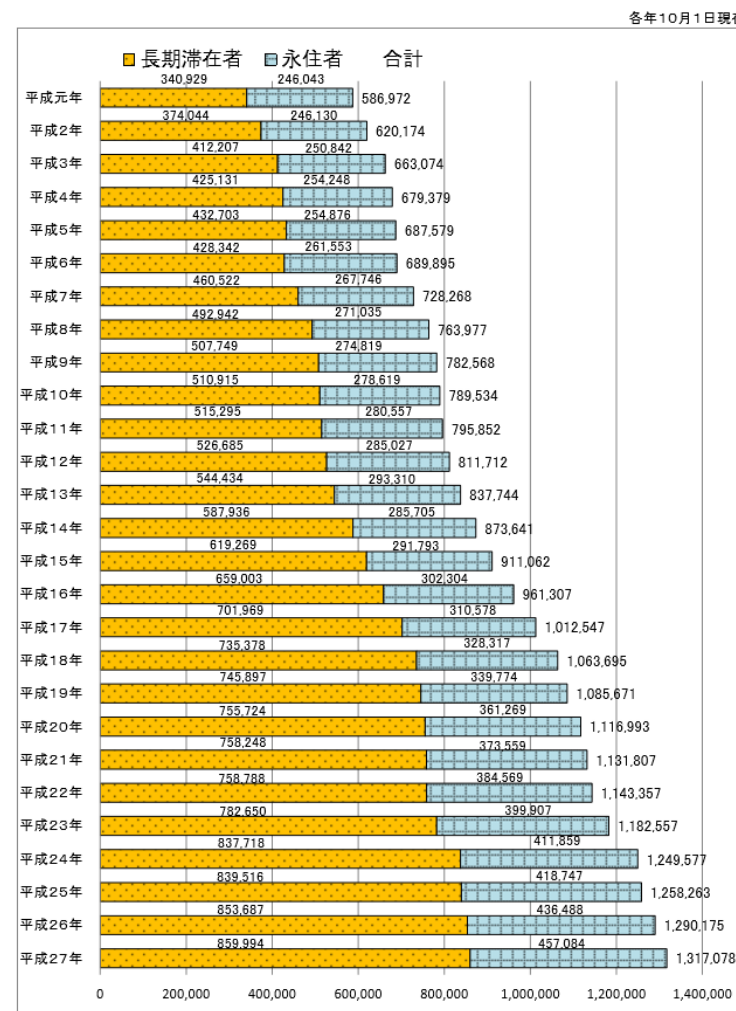
① 背景および目的

◎日本人の海外長期滞在者は年々増加している。海外在留邦人数 131 万人、長期滞在者数 86 万人は地方の一県人口に相当する（右図：H28 外務省統計より）

彼らは出国時に会社用の診断書やビザ申請用の証明書を、帯同家族は現地学校の就学申込書へ医師の記載や予防接種証明書を必要とすることが多い

◎英文医療文書に関するニーズは増加し作成に応える病院を探す人も多い一方で、私達開業医は未だこれらに不慣れである。当地域では外国人受診者の増加もみられるため、昨年から医師・職員の英語研修を始めてグローバル化への対応を模索中である

◎本発表の目的は面倒な書類と思われがちな英文医療文書の形式や記載の要点を示す為とした。当院での英文医療文書作成は 110 余件とまだ少ないが、経験した付随する問題点を挙げ考察と共に報告する



用語解説

在留邦人: 海外に在留している日本国籍を持つ者。旅券法16条による在留届提出義務のある3ヶ月以上の海外在留者を指す

長期滞在者: 在留邦人の中で、下記の永住者でない者

永住者: 在留国等より永住権を認められている者。帰国の意思がある者は長期滞在者とすることがある

② Certificate of immunization は母子手帳から作成する

◎ 母子健康手帳は世界各国で導入が増加しており公式な記録として認められ得るものである。

この手帳の予防接種欄や他の接種記録カードなどに医師が記載した記録を確認のうえ**予防接種証明書**を作成している。

◎ ワクチンは種類を示すため略号を付記

四種混合(DPT-IPV)は“DTaP-IPV”

二種混合(DT)は“Td”

三種混合(DPT)は“DTaP”

成人用三種混合(輸入)は“Tdap”

ポリオは経口なら“OPV”、注射は“IPV”

小児肺炎球菌ワクチンは“PCV7”または“PCV13”


髄膜炎菌ワクチンは“MCV4”または“MPSV4”

※ “略号”の大文字、小文字、数字の表記に意味づけあり
海外では Tdap 接種が多い(日本では DT)

◎ 接種の回数表記は、Dose 1, 2, 3, ... とする。

◎ 母子健康手帳にある接種日を暦年に注意しながら西暦年月日に変換。

◎ 文書アプリでテンプレートを準備しておくとう容易に作成できる。


おだ内科クリニック

広島市中区鞆町13-4 広島マツダビル2F
 電話 082-502-1051 FAX 082-502-1052

CERTIFICATE OF IMMUNIZATION

Date of issue: Dec / 8 / 2015

Name	Kxxxxxx Mxxxxxxx	Sex: male
Date of Birth	April/03/2011	Age: 4 yr. old
Address	13-4, Nobori-cho, Naka-ku, Hiroshima city, Hiroshima pref. 730-0016, JAPAN	

Vaccine	Dose	Date administered
Diphtheria, Pertussis, Tetanus (DTaP)	1	9/14/2011
	2	11/15/2011
	3	12/26/2011
	4	1/15/2011
Polio (IPV)	1	9/17/2012
	2	10/23/2012
	3	11/27/2012
	4	12/19/2013
MR (Measles, Rubella)	1	7/17/2012
	2	10/1/2015
Mumps	1	9/25/2012
	2	12/8/2015
Varicella	1	3/26/2013
	2	12/8/2015
Hepatitis B	1	10/1/2015
	2	12/8/2015
	3	scheduled
Hepatitis A [Havrix720®]	1	10/1/2015
	2	scheduled
Haemophilus influenzae type b	1	8/31/2011
	2	11/15/2011
	3	12/26/2011
	4	1/8/2013
Pneumococcal (PCV7)	1	9/7/2011
	2	11/8/2011
	3	12/16/2011
	4	1/8/2013
Japanese encephalitis	1	12/15/2014
	2	1/5/2015
BCG vaccine	1	9/27/2011

Certified by Kenji Oda
 Kenji Oda, M.D., FACP, FJSM
 Director, Oda Internal Medicine Clinic
 Hiroshima MAZDA Bldg. 2F, 13-4 Nobori-cho,
 Naka-ku, Hiroshima city, 730-0016, JAPAN
 Fax +81-82-502-xxxx, E-mail odanaika@xxxx.ne.jp

③ Application form の医師欄に記入する

- ◎ 学校所定の**申込書**に記載するが、病歴、診察所見などは本邦で行うものとはほぼ同じ。但し、歯科医・放射線科医の記入欄を有するものもある。(表記法などは後記のまとめに記載)
- ◎ 予防接種証明を含む場合は母子健康手帳から転記。必要な接種は国、州、学校で異なるが、**B型肝炎**、**A型肝炎**、**髄膜炎菌**、**MMR** (ムンプス、**MR**)、**水痘**、**ポリオ**などで追加接種を必要とする場合が多い。今後接種する予定を示す意味で日付欄に“**scheduled**”としておく場合もある。
- ◎ 検査で抗体価測定がある場合は原則 **EIA**、ポリオは **NT**。血中鉛濃度測定が必要な場合もある (米国)
- ◎ 結核感染に関する部分は、ツベルクリン反応と胸部レントゲン撮影の組み合わせが多いが最近では代わりに **T-spot** などの **IGRA** も使用される。陽性の場合には胸部 **X線** 撮影が必要で、読影所見の署名は **Radiologist** となっている事が多い。日本では **BCG** 接種を行っている事を記載するとより良い。
ツベルクリン反応：米国 (CDC/ATS) では硬結のみで判定しハイリスク **10mm** 以上、通常 **15mm** 以上が陽性。日本人は前者で判定となる。なお判定は **48~72** 時間後、生ワクチン接種時は干渉作用を避け **4~6** 週以降に行うこととされている。日本結核病学会予防委員会の基準とは一部異なる点がある。

YFU YOUTH FOR UNDERSTANDING
Intercultural Exchange Programs

Student's Full Name: _____

Form L - Student Health Certificate

CERTIFICATE OF DENTAL HEALTH

I have examined the teeth of this student and certify that they are in satisfactory condition.

Dentist's Signature: _____ Date: _____
 Dentist's Name Printed: _____ Phone: (_____) _____
 Dentist's Address: _____

CERTIFICATE OF GENERAL HEALTH
TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN / DOCTORS OFFICE

In completing this medical form, please know that this student has applied to be a YFU exchange student and upon acceptance will travel to another country to live with a host family and attend school. The completed physical form is a very important document if the student has any medical issues while on the exchange program. Please provide as much detail as possible on any health issues that may need attention while the student is living abroad. The exchange experience can be challenging both physically and emotionally for a student, and we request that this be taken into consideration when completing this health form. Our goal is to provide the best possible exchange experience for this student.

Please type or print legibly in BLACK INK and write in English. Upon completion of this form, return it to the student. Thank you for your assistance.

Student's Name: _____ Date of Birth: _____
 Address: _____ City: _____ State/Province Zip/Postal Code: _____ Country: _____
 Date of examination: _____ Sex: M F
 For how long has this person been a patient of yours: _____
 Height (cm): _____ Weight (kg): _____ Blood type: _____
 Blood Pressure: Sys: _____ Dia: _____ Pulse rate: _____ Regular? Yes No

1. Has the student ever received treatment, attention or advice from a physician or other practitioner for, or been told by any physician or practitioner that such person had*:

3. Allergies**	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	if yes, when	14. Malaria	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
2. Asthma	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	_____	15. Measles (Rubella)	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
3. Appendicitis	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	_____	16. Mumps (Rubula infans)	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Has appendix been removed?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	_____	17. Pneumonia	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
4. Arthritis	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	_____	18. Rheumatic fever	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
5. Cancer	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	_____	19. Scarlet fever	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
6. Chicken Pox (Varicella)	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	_____	20. Serious or persistent cough	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
7. Diabetes	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	_____	21. Serious or persistent headaches	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
8. Eating disorder (e.g. anorexia, bulimia)	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	_____	22. Frequent or chronic strep throat (Streptococci)	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
9. Emotional difficulties	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	_____	23. Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
10. Enuresis/bed wetting	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	_____	24. Typhoid fever	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
11. Epilepsy	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	_____	25. Ulcers	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
12. German measles (Rubella)	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	_____	26. Vertigo, dizziness	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
13. Hernia	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	_____	27. Whooping cough (Pertussis)	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

Has applicant been operated on for hernia Yes No

*For all parts answered with "yes", please give details: nature and severity of the disease or disorder, diagnosis, frequency of occurrence and treatment **For allergies, please indicate in section below type, allergen, frequency and severity of symptoms, duration, date of last symptom, medication (name, oral or injected and dosage)

Continued on next page

Youth For Understanding - Form L - Student Health Certificate
www.yfu.org

④ Medicine certificate を作成する

- ◎ **薬剤証明書**は税関で提示するもので患者の名、生年月日などのほか診断名も記す。医薬品は成分を一般名で記載し、商品名は括弧内に記す。投与量や日数のほか処方理由（例：「咳に対して」など）も記載するのが良いとされている。
- ◎ 証明書携行が望ましいのは常習性のある薬とされている。国際的には「向精神薬に関する条約」の付表(schedule) I ~ IVの薬物を参考とするのがよいと思われる。実際の規制区分は各国毎に法律で定められている。本人が滞在中に使用する医療用の薬ではない場合は証明書があっても持ち込み不可。
- ◎ 渡航先で非合法薬剤の場合は証明書携行でも持ち込み不可。
【例】フルニトラゼパム（ロヒプノール・サイレース等）は米国の国内法で禁止薬物のため持ち込み不可。
逆に日本へ入国する外国人の例で、日本企業の米国人役員が母国で処方されたオキシコドン(OxyContin)を手続きを経ずに日本に密輸し逮捕された事件がある。
- ◎ 「医療用麻薬」を海外へ携行する時に必要な書類は薬剤証明書ではない。「麻薬携帯輸入（輸出）許可申請書」と医師の診断書を地方厚生局に提出し交付された同「許可証」を携行する。
- ◎ 簡易的には医師の診断書と処方箋(複写)および翻訳者の署名付き英語訳があればよい（米国大使館）
しかし、睡眠導入剤、精神安定剤、鎮咳薬、剤型が液剤・散剤・注射剤、分包等の場合、無用な疑いをかけられないために渡航先の規制に関わらず医師が薬剤証明書を作成することが望ましい。

I	LSD、MDMA、メスカリン、シロシビン、DMT などほとんどが幻覚剤で、27 物質。
II	アンフェタミン、メタンフェタミン、メチルフェニデートといった精神刺激薬、セコバルビタール、デルタ-9-テトラヒドロカンナビノール（デルタ-9-THC）とその立体異性体など、15 物質。
III	アモバルビタール、ペントバルビタールといったバルビツール酸系、オピオイド系のブプレノルフィン、ベンゾジアゼピン系のフルニトラゼパムなど、9 物質。
IV	バルビタールなどのバルビツール酸系、メプロバメートなどの非バルビツール酸系、ジアゼパムといったベンゾジアゼピン系など、60 物質。 <small>(From Wikipedia)</small>

⑤ その他の Certificate

ビザ申請に必要な診断書や検査証明の例

日本では考えられない事であるが、一部の中東や東南アジア諸国、ロシア諸国などにおいて就労ビザ申請に以下のような感染症や麻薬検査が要求されている。外注検査機関を利用すれば開業医でも作成可能である。

◎ 性感染症（HIV、梅毒、淋病、クラミジア感染、軟性下疳）、肝炎ウイルス検査証明書

HIV や梅毒、肝炎などは通常の抗体検査。クラミジアや淋菌は必要ならば尿の核酸増幅検査で対応可能。軟性下疳の記載は病歴・身体所見に基づいてよいと思われる。

◎ 就労ビザでは麻薬が尿から検出されない事の証明を要求される場合がある。この場合は尿の麻薬検査を院外に委託できる。アヘン系、コカイン系、大麻・マリファナなど個別の検査も可能。費用は数万円。

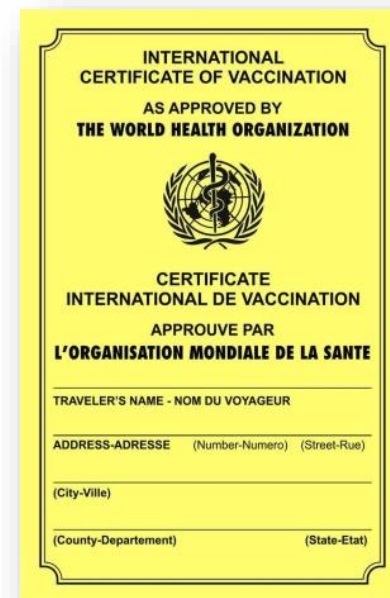
イエローカード・接種記録

◎ 国際予防接種証明書は通称イエローカードと呼ばれ WHO 版（英語,仏語）のほか各国版が使用されている（国外には非英語版も有）。日本では検疫所で黄熱ワクチンを接種した場合に発行される。他のワクチン記載欄もあるため接種ワクチンを医師が追加記入できる。当院では英語表記のゴム印を準備している。

◎ 接種記録について（イエローカードなどを持たない場合）

母子健康手帳があればこれに記載する。自院で接種したものは別の書式で英語と日本語併記の接種記録も発行している。

◎ 黄熱ワクチンの有効期間については従来 10 年間であったものが、2016 年 7 月より「接種 10 日後から生涯有効」に変更となっておりイエローカードは従来にも増して大切に保存する必要がある。



⑥ 英文医療文書のまとめ・補足

◎ 医療機関で独自に作成する場合、サイズはA4版、手書きは避けてワープロ印刷。平易な英語で略号は避ける。薬品は成分名(一般名)で記載し診断と対応させる。必ず医師の連絡先(メール、電話またはFAX)と署名が必要。

◎ 記載用紙を持参した場合は、Formに従い手書き(Print:活字体・ブロック体)。

◎ 視力:日本では小数視力(decimal visual acuity)が用いられるが欧米では分数視力(fractional visual acuity)で20/X visionと呼ばれる。分数視力に変換して記載する。(右上表)

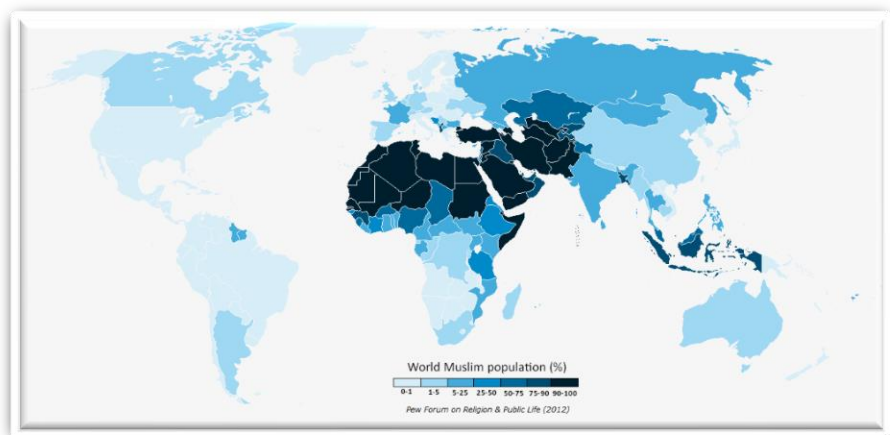
◎ 度量衡:海外でもMKS単位系で身長(m)、体重(kg)が多いが、時に身長をft, inch、体重をlbでの記載があり換算が必要。

◎ 日付:日本では”年/月/日”、米国は”月/日/年”であるが、欧州や国連機関では”日/月/年”の場合もあり、本人が誤って記入していることが多い箇所である

参考) 国連機関用の診断書はMicrosoft Wordで作成(右)

視力の換算			
小数視力	分数視力 (20 feet)	分数視力 (6 m)	Log MAR
2.0	20/10	6/3	-0.3
1.6	20/12.5	6/3.75	-0.2
1.25	20/18	6/5	-0.1
1.0	20/20	6/6	-0.0
0.8	20/25	6/7.5	+0.1
0.63	20/32	6/10	+0.2
0.5	20/40	6/12	+0.3
0.4	20/50	6/15	+0.4
0.32	20/63	6/20	+0.5
0.25	20/80	6/24	+0.6
0.20	20/100	6/30	+0.7
0.16	20/125	6/38	+0.8
0.125	20/160	6/48	+0.9
0.10	20/200	6/60	+1.0

⑦ 証明書関連の話題～イスラム教徒のワクチンと Halal



各国におけるイスラム教徒の人口比率 (Wikipedia より)

ある日、日本人のイスラム教徒がワクチン名指定で接種と証明書を希望して受診した。サウジアラビア政府はイスラム教徒の Umrah や Haji(メッカ巡礼)の特別入国ビザに感染対策と宗教上の理由から特定の髄膜炎菌ワクチンの接種を求めている。その宗教上の理由とは Halal である。

Halal はブタを食さないというイスラムの教えで、近年は医薬品にも適用される。ブタ由来の原料・製造過程の酵素なども避けられている。なお原料や手順を審査し宗教的に認められたという証明のハラール認証を得たものもある。今後イスラム教徒に対する医薬品の使用に当たり Halal への留意が必要となる可能性がある。

サウジアラビアが Haji visa に指定する髄膜炎菌ワクチン(2016 保健省)

- ポリサッカライドワクチン ACWY Vax, Mencevax ACWY
10 日以上前から 3 年以内の接種である事
 - 結合型ワクチン Menactra, Menveo の場合
10 日以上前から 8 年以内の接種である事
- ※日本ではメナクトラ筋注が該当する

参考) ブタゼラチンを含まない海外ワクチン (右表)

(2011, Public Health, Seattle & King County)

参考) 日本国内の推計ムスリム 101,375 人、うち日本人 9,872 人
(2013 早稲田大, 店田廣文)

Antigen(s)	Brands of routine vaccines that do not contain porcine gelatin
DTaP	Infanrix (GSK), Daptacel (Sanofi Pasteur)
Hepatitis A	Havrix (GSK), Vaqta (Merck)
Hepatitis B	Engerix (GSK), Recombivax (Merck)
Hib	Pedvax Hib (Merck), ActHib (Sanofi Pasteur)
Influenza	Fluvirin (Novartis), Afluria (Merck)
Meningococcal (MCV4) (MPSV4)	Menactra (Sanofi Pasteur), Menveo (Novartis) Menomune (Sanofi Pasteur)
Pneumococcal (PCV) (PPSV)	Prevnar 13 (Wyeth) Pneumovax (Merck)
Polio (IPV)	IPOL (Sanofi Pasteur)
Rotavirus	Rotarix (GSK), RotaTeq (Merck)
Combination vaccines	Pediarix (GSK), Pentacel (Sanofi Pasteur), Comvax (Merck), Kinrix (GSK)

⑧ 結びに 「英文診断書などの医療文書は…」

- ◎定型書式に基づけば通常の診察と検査で作成可能で、特殊検査も外注が可能
かかりつけ医師が作成することに困難な点はない（It's not troublesome）
- ◎本邦では BCG 接種がありツベルクリン反応の判定基準も異なる点、海外では視力を
分数視力で表す点、他にワクチンの略語表記などには注意が必要である
- ◎医学的な知識のほかに海外の医療環境、学校教育制度、予防接種制度、薬物規制、
宗教にも理解を深めるとより複雑な文書にも正しく対応できると考えられた

※英文医療文書に関する成書には解説や実例文が十分揃ったものが少ない
文書様式と記載例を集積し参考として供することが必要と思われる

参考資料・ウェブサイト

実例による英文診断書・医療書類の書き方、篠塚 規 著、メジカルビュー社

日本の予防接種（感染症研究所） <http://www.nih.go.jp/niid/ja/schedule.html>

米国の予防接種（CDC） <https://www.cdc.gov/vaccines/schedules/>

CDC のツ反指針 <http://www.cdc.gov/tb/publications/factsheets/testing/skintesting.pdf>

向精神薬に関する条約 <http://www.houko.com/00/05/H02/007.HTM>

