



COVID-19 に関する検査証明
Certificate of Testing for COVID-19

交付年月日
Date of issue _____

氏名 _____ パスポート番号 _____
Name _____, Passport No. _____
国籍 _____ 生年月日 _____ 性別 _____
Nationality _____, Date of Birth _____, Sex _____

上記の者の COVID-19 に関する検査を行った結果、その結果は下記のとおりである。
よって、この証明を交付する。
This is to certify the following results which have been confirmed by testing
for COVID-19 conducted with the sample taken from the above-mentioned person.

| 採取検体 Sample (下記いずれかをチェック /Check one of the boxes below) | 検査法 Testing Method for COVID-19 (下記いずれかをチェック/Check one of the boxes below) | 結果 Result | ①結果判明日 Test Result Date ②検体採取日時 Specimen Collection Date and Time | 備考 Remarks |
|---|--|---|---|---------------|
| <input type="checkbox"/> 鼻咽頭ぬぐい液 Nasopharyngeal Swab | <input type="checkbox"/> 核酸増幅検査 (RT-PCR 法) Nucleic acid amplification test (RT-PCR) | <input type="checkbox"/> 陰性 Negative | ① Date (yyyy /mm /dd) ____ / ____ / ____ | |
| <input type="checkbox"/> 唾液 Saliva | <input type="checkbox"/> 核酸増幅検査 (LAMP 法) Nucleic acid amplification test (LAMP) | <input type="checkbox"/> 陽性 Positive → 入国不可 No entry into Japan | ② Date (yyyy /mm /dd) ____ / ____ / ____ Time AM/PM : ____ | |
| <input type="checkbox"/> 鼻咽頭ぬぐい液と咽頭 ぬぐい液の混合 Nasopharyngeal and oropharyngeal swabs | <input type="checkbox"/> 核酸増幅検査 (TMA 法) Nucleic acid amplification test (TMA) | | | |
| | <input type="checkbox"/> 核酸増幅検査 (TRC 法) Nucleic acid amplification test (TRC) | | | |
| | <input type="checkbox"/> 核酸増幅検査 (Smart Amp 法) Nucleic acid amplification test (Smart Amp) | | | |
| | <input type="checkbox"/> 核酸増幅検査 (NEAR 法) Nucleic acid amplification test (NEAR) | | | |
| | <input type="checkbox"/> 次世代シーケンス法 Next generation sequence | | | |
| | <input type="checkbox"/> 抗原定量検査* Quantitative antigen test* (CLEIA/ECLEIA) | | | |

* 抗原定性検査ではない。
Not a qualitative antigen test.

医療機関名 Name of Medical institution _____

住所 Address of the institution _____

医師名 Signature by doctor _____

印影
An imprint of a
seal



COVID-19 に関する検査証明
Certificate of Testing for COVID-19

交付年月日
Date of issue _____

氏名 _____ パスポート番号 _____
Name _____, Passport No. _____
国籍 _____ 生年月日 _____ 性別 _____
Nationality _____, Date of Birth _____, Sex _____

上記の者の COVID-19 に関する検査を行った結果、その結果は下記のとおりである。
よって、この証明を交付する。
This is to certify the following results which have been confirmed by testing
for COVID-19 conducted with the sample taken from the above-mentioned person.

| 採取検体 Sample (下記いずれかをチェック /Check one of the boxes below) | 検査法 Testing Method for COVID-19 (下記いずれかをチェック/Check one of the boxes below) | 結果 Result | ①結果判明日 Test Result Date ②検体採取日時 Specimen Collection Date and Time | 備考 Remarks |
|---|---|--|---|---------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 鼻咽頭ぬぐい液 Nasopharyngeal Swab | <input type="checkbox"/> 核酸増幅検査 (RT-PCR 法) Nucleic acid amplification test (RT-PCR) | <input checked="" type="checkbox"/> 陰性 Negative | ① Date (yyyy /mm /dd) <u>2021 / 4 / 2</u> | |
| <input type="checkbox"/> 唾液 Saliva | <input checked="" type="checkbox"/> 核酸増幅検査 (LAMP 法) Nucleic acid amplification test (LAMP) | <input type="checkbox"/> 陽性 Positive →入国不可 No entry into Japan | ② Date (yyyy /mm /dd) <u>2021 / 4 / 1</u> Time <u>AM</u> <u>PM</u> <u>2 : 30</u> | |
| <input type="checkbox"/> 鼻咽頭ぬぐい液と咽頭 ぬぐい液の混合 Nasopharyngeal and oropharyngeal swabs | <input type="checkbox"/> 核酸増幅検査 (TMA 法) Nucleic acid amplification test (TMA) | | | |
| | <input type="checkbox"/> 核酸増幅検査 (TRC 法) Nucleic acid amplification test (TRC) | | | |
| | <input type="checkbox"/> 核酸増幅検査 (Smart Amp 法) Nucleic acid amplification test (Smart Amp) | | | |
| | <input type="checkbox"/> 核酸増幅検査 (NEAR 法) Nucleic acid amplification test (NEAR) | | | |
| | <input type="checkbox"/> 次世代シーケンス法 Next generation sequence | | | |
| | <input type="checkbox"/> 抗原定量検査* Quantitative antigen test* (CLEIA/ECLEIA) | | | |

* 抗原定性検査ではない。
Not a qualitative antigen test.

医療機関名 Name of Medical institution _____

住所 Address of the institution _____

医師名 Signature by doctor _____

印影
An imprint of a
seal