



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

※1 抗原定性検査ではない。

Not a qualitative antigen test.

※2 鼻腔ぬぐい液検体は核酸増幅検査のみ有効

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

※1 抗原定性検査ではない。

Not a qualitative antigen test.

※2 鼻腔ぬぐい液検体は核酸増幅検査のみ有効

Nasal Swab is valid when the test method is Nucleic acid amplification 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