



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 checked="" type="checkbox"/> 鼻腔ぬぐい液*2 Nasal Swab	<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"/> 唾液 Saliva	<input type="checkbox"/> 核酸増幅検査 (TMA 法) Nucleic acid amplification test (TMA)			
<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 (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*1 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 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 checked="" type="checkbox"/> 鼻腔ぬぐい液※2 Nasal Swab	<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>2 : 30</u>	
<input type="checkbox"/> 唾液 Saliva	<input type="checkbox"/> 核酸増幅検査 (TMA 法) Nucleic acid amplification test (TMA)			
<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 (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※1 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