



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  
Name \_\_\_\_\_

生年月日  
Date of Birth \_\_\_\_\_

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	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"/> 鼻腔ぬぐい液 <sup>*2</sup> Nasal Swab  <input type="checkbox"/> 唾液 Saliva  <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 (NAAT: PCR, LAMP, TMA, TRC, Smart Amp, NEAR, Next generation sequence)  <input type="checkbox"/> 抗原定量検査 <sup>*1</sup> Quantitative antigen test (CLEIA/ECLIA)	<input type="checkbox"/> 陰性 Negative  <input type="checkbox"/> 陽性 Positive →入国不可 into Japan	Date (yyyy /mm /dd) ____ / ____ / ____  Time AM/PM : _____ : _____	

※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 (NAAT) .

医療機関名 Name of Medical institution \_\_\_\_\_