



Quarantine Station,
Ministry of Health, Labour and Welfare, Japanese Government

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
☐ 鼻咽頭ぬぐい液 Nasopharyngeal Swab	☐ 核酸増幅検査 (RT-PCR 法) Nucleic acid amplification test (RT-PCR)	☐ 陰性 Negative	① Date (yyyy /mm /dd) ____ / ____ / ____	
☐ 鼻腔ぬぐい液※2 Nasal Swab	☐ 核酸増幅検査 (LAMP 法) Nucleic acid amplification test (LAMP)	☐ 陽性 Positive → 入国不可 No entry into Japan	② Date (yyyy /mm /dd) ____ / ____ / ____ Time AM/PM : ____	
☐ 唾液 Saliva	☐ 核酸増幅検査 (TMA 法) Nucleic acid amplification test (TMA)			
☐ 鼻咽頭ぬぐい液と咽頭 ぬぐい液の混合 Nasopharyngeal and oropharyngeal swabs	☐ 核酸増幅検査 (TRC 法) Nucleic acid amplification test (TRC)			
	☐ 核酸増幅検査 (Smart Amp 法) Nucleic acid amplification test (Smart Amp)			
	☐ 核酸増幅検査 (NEAR 法) Nucleic acid amplification test (NEAR)			
	☐ 次世代シーケンス法 Next generation sequence			
	☐ 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
☒ 鼻咽頭ぬぐい液 Nasopharyngeal Swab	☐ 核酸増幅検査 (RT-PCR 法) Nucleic acid amplification test (RT-PCR)	☒ 陰性 Negative	① Date (yyyy / mm / dd) <u>2021 / 4 / 2</u>	
☐ 鼻腔ぬぐい液※2 Nasal Swab	☒ 核酸増幅検査 (LAMP 法) Nucleic acid amplification test (LAMP)	☐ 陽性 Positive → 入国不可 No entry into Japan	② Date (yyyy / mm / dd) <u>2021 / 4 / 1</u> Time AM <u>PM</u> <u>2 : 30</u>	
☐ 唾液 Saliva	☐ 核酸増幅検査 (TMA 法) Nucleic acid amplification test (TMA)			
☐ 鼻咽頭ぬぐい液と咽頭 ぬぐい液の混合 Nasopharyngeal and oropharyngeal swabs	☐ 核酸増幅検査 (TRC 法) Nucleic acid amplification test (TRC)			
	☐ 核酸増幅検査 (Smart Amp 法) Nucleic acid amplification test (Smart Amp)			
	☐ 核酸増幅検査 (NEAR 法) Nucleic acid amplification test (NEAR)			
	☐ 次世代シーケンス法 Next generation sequence			
	☐ 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