



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"/> 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 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>PM</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



Certificado de Prueba COVID-19
Certificate of Testing for COVID-19

Fecha de expedición
Date of issue _____

Nombre _____, **Núm. Pasaporte** _____
Name _____, Passport No. _____
Nacionalidad _____, **Fecha de nacimiento** _____, **Sexo** _____
Nationality _____, Date of Birth _____, Sex _____

Este documento certifica los siguientes resultados obtenidos en la prueba COVID-19 llevada a cabo a través de las muestras tomadas a la persona arriba indicada.
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.

Muestra Sample (Marque una de las siguientes casillas /Check one of the boxes below)	Método de Prueba COVID-19 Testing Method for COVID-19 (Marque una de las siguientes casillas /Check one of the boxes below)	Resultado Result	①Fecha del Resultado Test Result Date ②Fecha y hora de toma de muestras Specimen Collection Date and Time	Observaciones Remarks
<input type="checkbox"/> Hisopo nasofaríngeo Nasopharyngeal Swab	<input type="checkbox"/> Prueba de amplificación de ácidos nucleicos (RT-PCR) Nucleic acid amplification test (RT-PCR)	<input type="checkbox"/> Negativo Negative	① Fecha(año/mes/día) Date(yyyy /mm /dd) ____ / ____ / ____	
<input type="checkbox"/> Hisopo nasal*2 Nasal Swab	<input type="checkbox"/> Prueba de amplificación de ácidos nucleicos (LAMP) Nucleic acid amplification test (LAMP)	<input type="checkbox"/> Positivo Positive → Denegado acceso a Japón/No entry into Japan	② Fecha(año/mes/día) Date(yyyy /mm /dd) ____ / ____ / ____ Hora Time AM/PM : ____	
<input type="checkbox"/> Saliva Saliva	<input type="checkbox"/> Prueba de amplificación de ácidos nucleicos (TMA) Nucleic acid amplification test (TMA)			
<input type="checkbox"/> Hisopo nasofaríngeo y orofaríngeo Nasopharyngeal and oropharyngeal swabs	<input type="checkbox"/> Prueba de amplificación de ácidos nucleicos (TRC) Nucleic acid amplification test (TRC)			
	<input type="checkbox"/> Prueba de amplificación de ácidos nucleicos (Smart Amp) Nucleic acid amplification test (Smart Amp)			
	<input type="checkbox"/> Prueba de amplificación de ácidos nucleicos (NEAR) Nucleic acid amplification test (NEAR)			
	<input type="checkbox"/> Secuencia próxima generación Next generation sequence			
	<input type="checkbox"/> Prueba cuantitativa de antígenos*1 (CLEIA/ECLIA) Quantitative antigen test (CLEIA/ECLIA)			

*1 No es una prueba de antígeno cualitativa. Not a qualitative antigen test.

*2 El hisopo nasal es válido cuando el método de prueba es una prueba de amplificación de ácido nucleico.
Nasal Swab is valid when the test method is Nucleic acid amplification test.

Nombre de la Institución Médica
Name of Medical institution _____
Dirección de la Institución
Address of the institution _____
Firma del Médico
Signature by doctor _____

Sello
An imprint of a
seal



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

Certificado de Prueba COVID-19
Certificate of Testing for COVID-19

Ejemplo/Sample

Fecha de Expedición
Date of issue _____

Nombre _____, Núm. Pasaporte _____
Name _____, Passport No. _____

Nacionalidad _____, Fecha de nacimiento _____, Sexo _____
Nationality _____, Date of Birth _____, Sex _____

Este documento certifica los siguientes resultados obtenidos en la prueba COVID-19 llevada a cabo a través de las muestras tomadas a la persona arriba indicada.

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.

Muestra Sample (Marque una de las siguientes casillas /Check one of the boxes below)	Método de Prueba COVID-19 Testing Method for COVID-19 (Marque una de las siguientes casillas /Check one of the boxes below)	Resultado Result	①Fecha del Resultado Test Result Date ②Fecha y hora de toma de muestras Specimen Collection Date and Time	Observaciones Remarks
<input checked="" type="checkbox"/> Hisopo nasofaríngeo Nasopharyngeal Swab <input type="checkbox"/> Hisopo nasal*2 Nasal Swab <input type="checkbox"/> Saliva Saliva <input type="checkbox"/> Hisopo nasofaríngeo y orofaríngeo Nasopharyngeal and oropharyngeal swabs	<input type="checkbox"/> Prueba de amplificación de ácidos nucleicos (RT-PCR) Nucleic acid amplification test (RT-PCR) <input checked="" type="checkbox"/> Prueba de amplificación de ácidos nucleicos (LAMP) Nucleic acid amplification test (LAMP) <input type="checkbox"/> Prueba de amplificación de ácidos nucleicos (TMA) Nucleic acid amplification test (TMA) <input type="checkbox"/> Prueba de amplificación de ácidos nucleicos (TRC) Nucleic acid amplification test (TRC) <input type="checkbox"/> Prueba de amplificación de ácidos nucleicos (Smart Amp) Nucleic acid amplification test (Smart Amp) <input type="checkbox"/> Prueba de amplificación de ácidos nucleicos (NEAR) Nucleic acid amplification test (NEAR) <input type="checkbox"/> Secuencia próxima generación Next generation sequence <input type="checkbox"/> Prueba cuantitativa de antígenos*1 (CLEIA/ECLIA) Quantitative antigen test (CLEIA/ECLIA)	<input checked="" type="checkbox"/> Negativo Negative <input type="checkbox"/> Positivo Positive → Denegado acceso a Japón/No entry into Japan	① Fecha(año/mes/día) Date(yyyy /mm /dd) 2021 / 4 / 2 ② Fecha(año/mes/día) Date(yyyy /mm /dd) 2021 / 4 / 1 Hora Time AM/PM 2 :30	

*1 No es una prueba de antígeno cualitativa. Not a qualitative antigen test.

*2 El hisopo nasal es válido cuando el método de prueba es una prueba de amplificación de ácido nucleico.

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

Nombre de la Institución Médica

Name of Medical institution _____

Dirección de la Institución

Address of the institution _____

Firma del Médico

Signature by doctor _____

Sello

An imprint of a seal