



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 YAMADA / TARO

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	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 checked="" type="checkbox"/> 鼻腔ぬぐい液※2 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 checked="" 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※1 Quantitative antigen test (CLEIA/ECLIA)	<input checked="" type="checkbox"/> 陰性 Negative <input type="checkbox"/> 陽性 Positive →入国不可 No entry into Japan	Date(yyyy /mm /dd) Time: _____	

※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.

Waikiki PCR Quick Center
2222 Kalakaua Ave. Suite#601, Honolulu, HI 96815
CLIA# 12D2256928

医療機関名 Name of Medical institution _____