



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 checked="" 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 checked="" 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 Hadassah Medical Center Ein Kerem

住所 Address of the institution Kalman Ya'skov Man St., Jerusalem, Israel

医師名 Signature by doctor _____

印影
An imprint of a
seal