

Certificate of Testing for SARS-CoV-2

新型コロナウイルス検査結果証明書

Name 名前：

Date of Birth 生年月日：

Sex 性別：

Passport Number パスポート番号：

Date and Time of Specimen Collection 検体採取日時：

Date and Time of Specimen Analysis 検体検査日時：

Type of Testing 検査方法： RT-PCR (PCR for SARS-CoV-2) RT-PCR 法

Laboratory Results 検査結果： Negative 陰性

No clinical findings suspicious for COVID-19 is currently identified.

現在、新型コロナウイルス感染症を疑う臨床的な所見は認めない。

Fever 熱 Yes 有 / No 無

Cough 咳 Yes 有 / No 無

Sore throat のどの痛み Yes 有 / No 無

Sneeze くしゃみ Yes 有 / No 無

Shortness of breath 呼吸困難 Yes 有 / No 無

This is to certify that the above statements are accurate and come from our medical records.

上記の通り相違ないことを証明する。

Date and Time of Issue 書類作成日時：

Physician's Signature 医師署名： _____

M.D.

Preventive Medicine Center 予防医学センター

IUHW Mita Hospital 国際医療福祉大学三田病院

1-4-3 Mita, Minato-ku, Tokyo 108-8329, Japan

Phone: +81-3-3451-8121 Fax: +81-3-3454-0067

〒108-8329 東京都港区三田 1-4-3

TEL : 03-3451-8121 FAX : 03-3454-0067