

海外渡航者新型コロナウイルス PCR 検査のお知らせ

はじめに

新型コロナウイルス PCR 検査陰性証明書の提出が求められるビジネス目的、ビジネス目的以外（留学等）の海外渡航者に対して、自由診療にて唾液による PCR 検査を行っています。

当クリニックは、経済産業省 TeCOT（海外渡航者新型コロナウイルス検査センター）の協力医療施設を申請しています。

検査を受けることができる対象者、

- ・健康な方
- ・ビジネス目的の海外渡航のために新型コロナウイルス PCR 検査陰性証明書が必要な方
- ・有効期間内のパスポートを持っている方

検査費用 44,000 円（税込）

※クレジットカードは、JCB と VISA をご利用できます。

※費用には、検査料と英文陰性証明書の発行料が含まれています。

※健康証明書が必要な場合は、予約時に“健康証明書が必要”とのコメントの登録をお願いします。別途 5,500 円（税込）が必要です。

※万が一結果が陽性の場合は、証明書の発行はいたしません。検査費用の返金はできません。

※領収書は日本語のみ対応となります。

検査日時 平日のみとなります。（土日祝日、年末年始は実施しておりません。）

月曜から金曜 午前 9 時から 11 時

午後 13 時から 14 時半

完全予約制のため、必ずご予約ください。

予約方法 経済産業省 TeCOT（海外渡航者新型コロナウイルス検査センター）からのご予約となります。

<https://www.tecot.go.jp/>

検査内容 近畿大学医学部関西国際空港クリニックにて

パスポートにて本人確認後、検温・問診・書類を確認後に検体採取します。

※検査 1 時間以上前から飲食・ガム・歯磨き・喉スプレーなどはお控えください。

結果受取 陰性の場合は、早くて翌日の13時以降にクリニックの窓口にて検査結果と証明書のお渡しとなります。
陽性の場合は、お電話にてご連絡となります。

※稀に疑陽性（判定保留）の場合は、再度の検査となります。その場合は、翌々日のお渡しとなりますので、お電話にてご連絡いたします。
(同一検体を使用するため、検体採取のためのご来院は必要ありません。)

注意事項 *感染防止のため、マスク着用にてご来院ください
*パスポートは検査当日、及び検査結果と証明書の受け取り時も必ず持参してください。
*未成年者の場合は、保護者同伴でご来院ください。

証明書 当院で発行可能な証明書のレイアウトは次頁となります。

COVID-19 に関する検査証明書

Certificate of Testing for COVID-19

 交付年月日
 Date of issue _____

 氏名
 Name _____

 パスポート番号
 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	検査法 Testing for COVID-19 (Applied Biosystems 7500、 TaKaRa SARS-CoV-2 Direct Detection RT-qPCR Kit)	結果 Result	① 検定年月日 Result Date ② 検体採取日時 Sampling Date and Time	備考 Remarks
唾液 Saliva	核酸増幅検査 (real time RT-PCR 法) nucleic acid amplification test (real time RT-PCR)	陰性 Negative	① ②	

 医療機関名 Medical institution Kansai International Airport Clinic
Kindai University Faculty of Medicine

 住所 Address of the institution 1, Senshu-Kuko Kita, Izumisano, Osaka
549-8681, Japan

医師名 Signature by doctor _____

健康証明書

Health Certificate

交付年月日
Date of issue _____ 2020氏名
Name _____ パスポート番号
Passport No. _____ T国籍
Nationality _____ 生年月日
Date of Birth _____ 性別
Sex _____医師 ()、月 日現在、(対象者)には以下の症状がなく、
航空機利用を含む旅行に適した健康状態であることを証明する。

I, Dr. _____ hereby certify that

Mr./Mrs./Ms. _____ is not showing the following symptoms
and fit to travel/fly as of DD/MM:

- ✓ 熱 fever (_____ °C)
- ✓ 咳 cough
- ✓ のどの痛み sore throat
- ✓ くしゃみ sneeze
- ✓ 呼吸困難 shortness of breath

医療機関名 Medical institution Kansai International Airport Clinic
Kindai University Faculty of Medicine
住所 Address of the institution 1, Senshu-Kuko Kita, Izumisano, Osaka
549-8681, Japan
医師名 Signature by doctor _____