## TeCOTモバイルアプリ・デジタル証明機能のリリースについて

資料3-1

今月中に開発を完了し、医療機関向け機能は3月29日(P)に実装。渡航者等・旅行業者等向け機能は4月8日(P)に実装し、同日付でTeCOTアプリ(iOS、Android)もリリースする予定。(App Store, Google Play において入手可能。)







ストア画面イメージ

## TeCOTモバイルアプリの機能について

渡航先の検査要件検索、必要な検査を提供する医療機関の検索・予約、予約・結果確認、 検査証明書(PDF形式)の取得等が可能。今後(本年春~夏)、コモンパスなどの国際規 格への対応等の改修(QRコード表示等)については内閣官房IT室とも協議の上、進める。

トップ画面

ログイン画面

検索画面

#### 検査証明表示画面

PDF表示











QRコード表示 (国際規格対応)



「4月8日リリース (P) ]

「本年春~夏〕

## TeCOTで発行する検査証明書様式について(前回の議論を踏まえた修正等)

資料3-2

- TeCOTが、登録医療機関の委託を受けて3年度から発行を開始する検査証明書(PDF形式のデジタル証明書)は、渡航者等の利便性向上を図るため、費用対効果も勘案しつつ、各渡航先国の求める要件を満たした様式で発行する予定。
- ●様式については、第6回運営委員会での議論もふまえ、<u>渡航者自身の体温や症状・感染者との接触の有無に関する記述は削除し、「健康状態」ではなく「陰性検査結果」を証明する内容</u>に変更。
- ●サービス開始段階では、<u>各国の要件パターンを集約した3種類の様式を実装</u>。今後、利用者のニーズ等も踏まえ各国要件の確認を継続的に実施し、必要に応じて新たな様式の追加等を行う。

### <様式の種類と内容等>※最終調整中

様式	Α	В	С
内容	渡航者情報(パスポート番号等)、	様式A の項目	様式A の項目
	検査関連情報(検体、検査手法、	+ 署名・押印	+ 署名・押印、
	結果等)、医療機関関連情報等	(医師、医療機関)等	渡航情報詳細(滞在先)等
対象	特段必須要件の指定がない国、	署名・押印を求められる	署名・押印、渡航情報詳細を
	必須項目が少ない国等	可能性のある国	求められる可能性のある国
適用 国例	米国、英国、オーストラリア、インド、台湾、カンボジア、チリ等※1	ロシア、オランダ、インドネシア、 マレーシア、エジプト等※2	ベトナム※2

- ※1:外務省を通じて約30か国・地域について様式の適用可否について確認済み。その他の国・地域(中国・ハワイを除く)についても、「様式AIでPDF出力可能。(渡航先国の求める要件については、渡航者の責任において確認。)
- ※2:様式B・C対象国のうち、オリジナルの署名・押印等を求める国については、医療機関においてPDF出力し、署名等を行った上で手交いただく等の対応を想定。

## Certificate of Testing for COVID-19

	y/o			
ууу)				
		>		
	/ /	<b>n</b>		
2) Testing for COVID-19				
Testing for COVID-19	Result			
☐ Nucleic acid amplification test (Real Time RT-PCR)	<u>Negative</u>			
☐ Nucleic acid amplification	, ,			
test (LAMP)  □ Antigen test	* Specimen Collection Date (dd/mm/yyyy HH:mm);			
1	Testing for COVID-19  Nucleic acid amplification test (Real Time RT-PCR)  Nucleic acid amplification	result, confirmed through testing for COVID-19 conducted on a individual.    dd/mm/yyyy		

Date of Issue (dd/mm/yyyy):

Name of Physician:

 $\begin{tabular}{ll} Name of Medical Institution: \\ Address: \\ \end{tabular}$ 

Contact number:

<前回運営委員会からの変更点>

- ※1 証明内容についての表現をあくまで"検査 結果"に限定する形で表現修正。
- ※2 健康状態に関する問診項目を削除 (B,Cについても同上)

# Certificate of Testing for COVID-19

	Name (First, Last)				
	Gender				
	Age			y/o	
	Date of Birth (dd/mm/y	ууу)			
	Nationality				
	Passport No.				
	is form certifies the following ten from the aforementioned			g for COVID-19 conducted on s	pecime
	1) Date of Examination (	ate of Examination (dd/mm/yyyy) / /			
	2) Testing for COVID-19	ng for COVID-19			
	Specimen		Testing for COVID-19	Result	
	□Nasopharyngeal swab	□ N	ucleic acid amplification		
	□ Saliva	te	est (Real Time RT-PCR)	<u>Negative</u>	
	Collection Institute		ucleic acid amplification	( Not detected )	
			est (LAMP)	*Specimen Collection Date	
			ntigen test	(dd/mm/yyyy HH:mm);	
	D	((	CLEIA)	(dwiminyyyy 1111-11111);	
	Remarks:				
Da	te of Issue (dd/mm/yyyy):				
	Name of Physician Medical license No		Signat	ure	
Na	ame of Medical Institution Addres Contact numbe	s:		Seal of medical institution	

# Certificate of Testing for COVID-19

Name (First, Last)				
Gender	Gender			
Age			y/o	
Date of Birth (dd/mm/y	Date of Birth (dd/mm/yyyy)  Nationality  Passport No.  Address in Japan			
Nationality				
Passport No.				
Address in Japan				
Your Destination Addre	ess			
Date of entry				
1) Date of Examination (co. 2) Testing for COVID-19	1) Date of Examination (dd/mm/yyy		1 1	$\exists$
Specimen	Te	sting for COVID-19	Result	
□Nasopharyngeal swab		ic acid amplification		
□ Saliva		Real Time RT-PCR)	<u>Negative</u>	
Collection Institute	□ Nuclei	ic acid amplification	( Not detected )	
		gen test	*Specimen Collection Date	
	(CLEI		(dd/mm/yyyy HH:mm);	
Remarks:  Date of Issue (dd/mm/yyyy):				
Name of Physician	1:	Signa	ature	
Name of Medical Institution Addres Contact numbe	s:		Seal of medical	