

【B2】

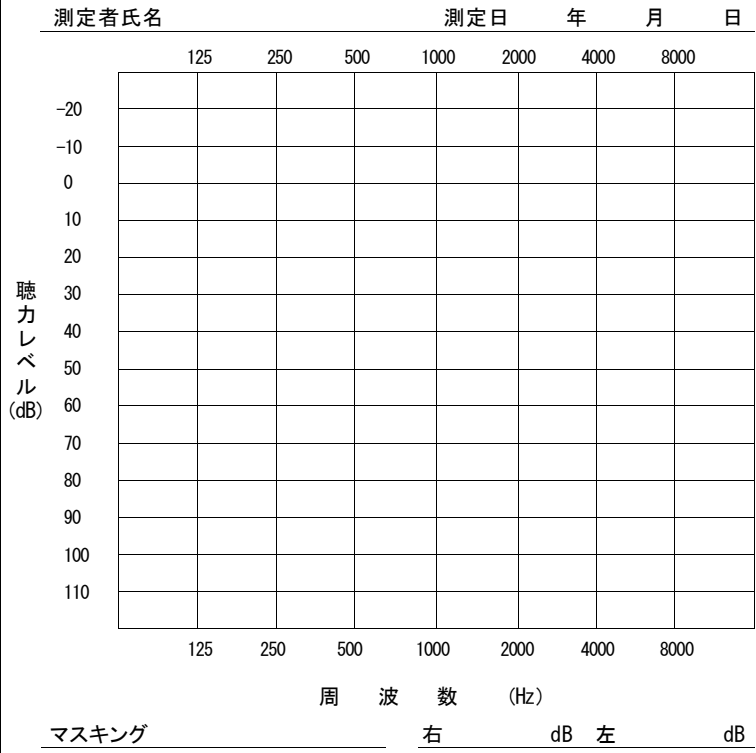
診断書（聴覚障害関係）

この診断書は、大学入学共通テストにおいて志願者の希望する受験上の配慮事項を審査するための資料となりますので、できるだけ具体的に記入してください。

氏名			昭和 平成	年	月	日生
住所						
診断名						
記入について	<p><input type="checkbox"/> オーディオグラム（裏面）は必ず記入又は添付してください。</p> <p><input type="checkbox"/> 補聴器（補聴援助システムを含む。）又は人工内耳を使用している場合は、その種類・型式を記入してください。</p> <p><input type="checkbox"/> 聴力障害の程度が軽度であっても、語音聴取能力が低下している場合は、語音明瞭度検査結果も提出してください。（補聴器を使用している場合は、使用した状態の検査結果を提出してください。）</p> <p><input type="checkbox"/> 聴覚情報処理障害/聞き取り困難症（APD/LiD）は、聴覚情報処理検査結果も提出してください。</p> <p><input type="checkbox"/> 病気や障害等のため、「感染症に罹患すると重症化の可能性がある」や「免疫力が低下している」等により、別室又は個室での受験が必要な場合は、その具体的な理由を現症欄に記入してください。</p>					
平均聴カレベル	右	dB	左	dB	（分法による）	
補聴器又は人工内耳の種類・型式	右	種類	型式	無線通信機能 有（OFF可）・有（OFF不可）・無		
	左	種類	型式	無線通信機能 有（OFF可）・有（OFF不可）・無		
現症	<p>志願者の希望する全ての受験上の配慮事項について、それぞれ必要とする具体的な理由を、必ず記入してください（記入欄が足りない場合は、裏面に記入してください）。</p>					
オーディオグラム： <input type="checkbox"/> 裏面記入 <input type="checkbox"/> 別紙添付						
上記のとおり診断する。						
令和 年 月 日						
医師の氏名 _____						
医師の勤務先・診療科名 _____						
所在地・電話番号 _____						
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">印</div>						

〈 診断書は裏面に続きます 〉

オーディオグラム



(現症記入欄)