

診 断 書 (聴 覚 障 害 関 係)

この診断書は、大学入試センター試験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			性別	男・女
住所					
診断名					
記入について	<input type="radio"/> オーディオグラムは必ず記入又は添付してください。 <input type="radio"/> 補聴器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。 <input type="radio"/> 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。				
平均聴力レベル	右	dB	左	dB	(分法による)
補聴器	種類				
	型式				
(記入しきれない場合は、裏面に記入してください。)			オーディオグラム		
<p>本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。</p>			<p>(検査伝票を貼り付ける場合は、裏面を使用してください。)</p>		
測定者氏名			測定年 月 日		
			125	500	1000
			250	500	1000
			2000	4000	8000
			125	250	500
			1000	2000	4000
			8000		
			125	250	500
			1000	2000	4000
			8000		
			125	250	500
			1000	2000	4000
			8000		
聴力レベル (dB)			-20		
			-10		
			0		
			10		
			20		
			30		
			40		
			50		
			60		
			70		
			80		
			90		
			100		
			110		
			125	250	500
			1000	2000	4000
			8000		
			周波数 (Hz)		
マスキング			右	dB	左
			dB		dB
上記のとおり診断する。					
令和 年 月 日					
医師の氏名					
印 (診療科名)					
医師の勤務先					
所在地・電話番号					

過年度ののものなので、使用しないでください

(キリトリ線)

(現症記入欄)

過年度のものなので、
使用しないでください

(キリ下し線)