

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	<input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> 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="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。 <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。														
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													
(記入しきれない場合は、裏面に記入してください。) 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。		(検査伝票を貼り付ける場合は、裏面を使用してください。)													
		測定者氏名	測定日	年	月	日									
現	症	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
		周 波 数 (Hz)													
		マスキング 右 dB 左 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															

過年度の受験のものなので、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

(キリ下線)