診 断 書（ 聴覚障害関係 ）

【B2】

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 | ○ オージオグラムは必ず記入又は添付してください。○ 補聴器（補聴援助システムを含む。）及び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。○ 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。○ 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。○　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） |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 補聴器及び人工内耳の種類・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 | **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）。**裏面記入：□あり　□なし裏面記入：□あり　□なし |  | オージオグラム(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 |
|  |  |  | 125 | 250 | 500 | 1000 | 2000 | 4000 | 8000 |  |  |
| 聴力レベル（dB） | -20-100102030405060708090100110 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | 125 | 250 | 500 | 1000 | 2000 | 4000 | 8000 |  |  |
|  | 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　　　　日医師の氏名医師の勤務先所在地・電話番号 | （診療科名　　　　　　　　　　　　　　　）印 |

独立行政法人大学入試センター（R8）

|  |
| --- |
| （現症記入欄） |

独立行政法人大学入試センター（R8）