

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	☐ オーディオグラムは必ず記入又は添付してください。 ☐ 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。 ☐ 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
補聴器の種類	dB（分法による）		
補聴器の型式			
（記入しなかった場合は、裏面に記入してください。）	（検査伝票をはり付ける場合は、裏面を使用してください。）		
志願者の希望する受験上の配慮を必要とする理由を、必ず記入してください。			
測定者氏名	測定日 年 月 日		
25 250 500 1000 2000 4000 8000			
-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			
現 症			
上記のとおり診断する。			
平成 年 月 日			
医師の氏名			
医師の勤務先			
所在地・電話番号			
印	(診療科名)		

過年度のものなので、
使用しないでください

(現症記入欄)

過年度のものなので、
使用しないでください

(キリトリ線)