診断書

（キリトリ線）

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	○ オージ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　　　　dB（　　　　分法による）		
補聴器　種　類			
補聴器　型　式			

過年度のものなので，当該年度は使用しないでください

現症

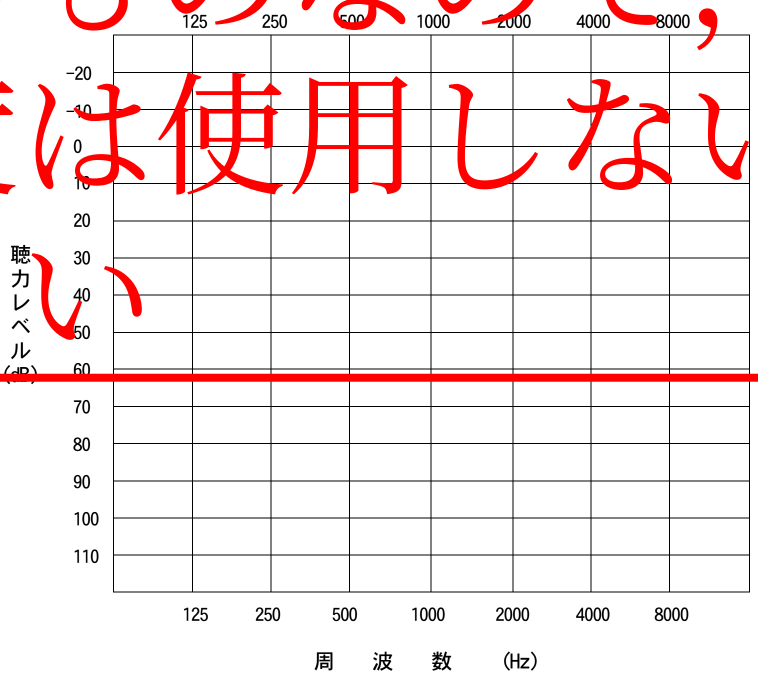
（記入しきれない場合は，裏面に記入してください。）

志願者の希望する受験上の配慮が必要な理由を，必ず記入してください。

オージオグラム

（検査伝票をはり付ける場合は，裏面を使用してください。）

測定者氏名　　　　　　測定日　　年　　月　　日



マスキング　　　　　　右　　　dB　左　　　dB

上記のとおり診断する。

平成　　　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

（現症記入欄）

過年度のものなので，当該年度は使用しないでください

（キリトリ線）