

【B2】 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 年 月 日生 平 成																																																																																																																			
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（補聴援助システムを含む。）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。 ☐ 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																																																																																																																			
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	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。） <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>測定者氏名</th> <th>測定日</th> <th>年</th> <th>月</th> <th>日</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> 聴力レベル (dB) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td>125</td> <td>250</td> <td>500</td> <td>1000</td> <td>2000</td> <td>4000</td> <td>8000</td> </tr> <tr><td>0</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>10</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>20</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>30</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>40</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>50</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>60</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>70</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>80</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>90</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>100</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>110</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> 周 波 数 (Hz) マスキング _____ 右 _____ dB 左 _____ dB	測定者氏名	測定日	年	月	日							125	250	500	1000	2000	4000	8000	0								10								20								30								40								50								60								70								80								90								100								110							
	測定者氏名	測定日	年	月	日																																																																																																															
	125	250	500	1000	2000	4000	8000																																																																																																													
0																																																																																																																				
10																																																																																																																				
20																																																																																																																				
30																																																																																																																				
40																																																																																																																				
50																																																																																																																				
60																																																																																																																				
70																																																																																																																				
80																																																																																																																				
90																																																																																																																				
100																																																																																																																				
110																																																																																																																				
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 _____																																																																																																																				

過年度の様式を使用して
申請することはできません

(現症記入欄)

**過年度の様式を使用して
申請することはできません**