



診断書（聴覚障害関係）

この診断書は、修学上の合理的配慮を考え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	<p>○ 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。</p>					
平均聴力レベル	右 _____ dB 左 _____ dB					(_____ 分法による)
補聴器	種類					
	形式					
現症	学生（または入学希望者）の配慮が必要な理由を、必ず記入してください。	オーディオグラム (検査伝票を貼り付ける場合は、裏面を使用してください) 測定者名 _____ 測定日 年 月 日				
		周波数 (Hz) 125 250 500 1,000 2,000 4,000 8,000 聴力レベル (dB) -20 -10 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 110 120 マス킹 _____ 右 _____ dB 左 _____ dB				
上記のとおり診断する。 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医師の氏名 _____ (診療科名 _____) 医師の勤務先 _____ 所在地・電話番号 _____						

(オモテ面)

(現症記入欄)

(裏面)