



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	☐ 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 _____ 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 <table><tr><td>聴力レベル (dB)</td><td>-20</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td>-10</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td>0</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td>10</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td>20</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td>30</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td>40</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td>50</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td>60</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td>70</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td>80</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td>90</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td>100</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td>110</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td>120</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> マスキング _____ 右 _____ dB 左 _____ dB			聴力レベル (dB)	-20									-10									0									10									20									30									40									50									60									70									80									90									100									110									120							
	聴力レベル (dB)	-20																																																																																																																																									
	-10																																																																																																																																										
	0																																																																																																																																										
	10																																																																																																																																										
	20																																																																																																																																										
	30																																																																																																																																										
	40																																																																																																																																										
	50																																																																																																																																										
	60																																																																																																																																										
	70																																																																																																																																										
	80																																																																																																																																										
	90																																																																																																																																										
	100																																																																																																																																										
	110																																																																																																																																										
	120																																																																																																																																										
上記のとおり診断する。 平成 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)