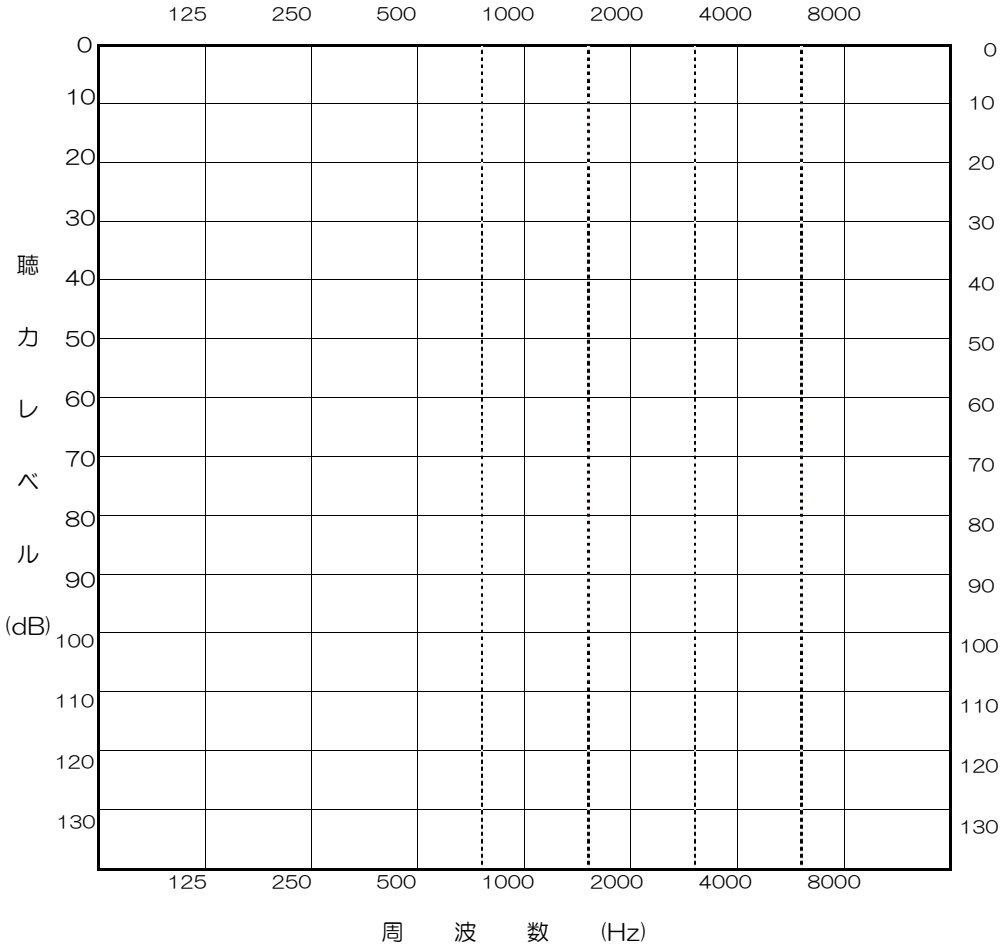
筑波技術大学大学院志願者

聴覚障害に関する診断書

フ リ ガ ナ	
氏　　名 生 年 月 日	昭和・平成　　年　　月　　日
現　住　所	

受験番号	※ ※

1　オージオグラム



2　医学的診断等

ア　診断名（聴覚障害の種類と程度：　　）

イ　平均聴力レベル　（　右　　dB,　左　　dB）

ウ　失聴原因　　（　　）

エ　失聴時期　　（　　）

オ　補聴器等の装用開始時期（　　歳　　ケ月）

カ　現在使用の補装具等

（　補聴器（ポケット形・耳かけ形・耳あな形），　人工内耳　）

キ　身体障害者障害程度等級（　　級）

〔記入上の注意〕

1　「耳鼻科を専門とする医師」が作成してください。

2　オージオグラムには，左右耳の気導聴力検査及び左右耳の骨導聴力検査結果を記入してください。

3　「2－カ　現在使用の補装具等」の欄については，いずれかを○で囲んでください。

4　※印欄は記入しないでください。

5　診断書は厳封のうえ，志願者へお渡しください。

診断の結果，上記のとおり相違ないことを証明する。

令和　　年　　月　　日

住所（所在地）

医療機関名

医師の氏名　　㊞