

(様式3 表)

診断・意見書（聴覚障害関係）

氏名		生年月日	(西暦) 年 月 日生	男・女							
診断名											
<p>(1) 平均聴力レベル（___分法による）</p> <table border="1"><tr><td>右</td><td>dB</td></tr><tr><td>左</td><td>dB</td></tr></table> <p>(2) 障害の種類</p> <table border="1"><tr><td>伝音性難聴</td></tr><tr><td>感音性難聴</td></tr><tr><td>混合性難聴</td></tr></table> <p>※ 以下について、記入しきれない場合は、裏面に記入してください。</p> <p>(3) コミュニケーション手段</p> <p>(4) 聴力以外の障害、その他参考となる経過・現症</p>					右	dB	左	dB	伝音性難聴	感音性難聴	混合性難聴
右	dB										
左	dB										
伝音性難聴											
感音性難聴											
混合性難聴											
上記のとおり診断する。											
(西暦) 年 月 日											
病院又は診療所の名称											
所在地											
診療担当科名 科											
医師名											
印											

お願い： この「診断・意見書」は、公認心理師試験において、受験者の希望する受験上の配慮の
要否を決定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。

(様式3 裏)

現

症

等