

焼津市要約筆記者派遣事業における診断書（中度難聴者用）

対象者	住所					
	フリガナ氏名		生年月日	年 月 日 (歳)	性別	男・女
原因となった 疾病・外傷名		【具体的な原因疾病・外傷名】		疾病・傷病の 発生年月	年 月ごろ	
聴覚障害の状態	聴力（会話音域の平均聴力レベル）					
	右		dB		区分 右 左	
	左		dB		a	
					b	
					c	
					$\frac{a+2b+c}{4}$	
障害の種類						
伝音性難聴						
感音性難聴						
混合性難聴						
語音による検査						
語音明瞭度		右	%			
		左	%			
補聴器の使用状況						
使用している・使用していない						
その他特記事項						
上記のとおり診断する。						
年 月 日						
病院の名称						
病院の所在地						
診療担当科名						
担当医師氏名						
電話番号						