

診断・意見書(聴覚障がい関係)

氏名：	昭和・平成	年	月	日生	男・女・回答しない		
住所：							
診断名							
現 症	(1) 聴力(会話音域の平均聴力レベル)	<table border="1"> <tr> <td>右</td> </tr> <tr> <td>左</td> </tr> </table>				右	左
	右						
	左						
(2) 障がいの種類	<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>				伝音性難聴	感音性難聴	混合性難聴
伝音性難聴							
感音性難聴							
混合性難聴							
(3) 聴力以外の障がい・その他参考となる経過・現症							
上記のとおり診断する。							
令和 年 月 日							
病院又は診療所の名称							
所在地							
診療担当科目 科 医師氏名							

お願い：この「診断・意見書」は、介護支援専門員実務研修受講試験において、受験者の希望する特別措置の可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。