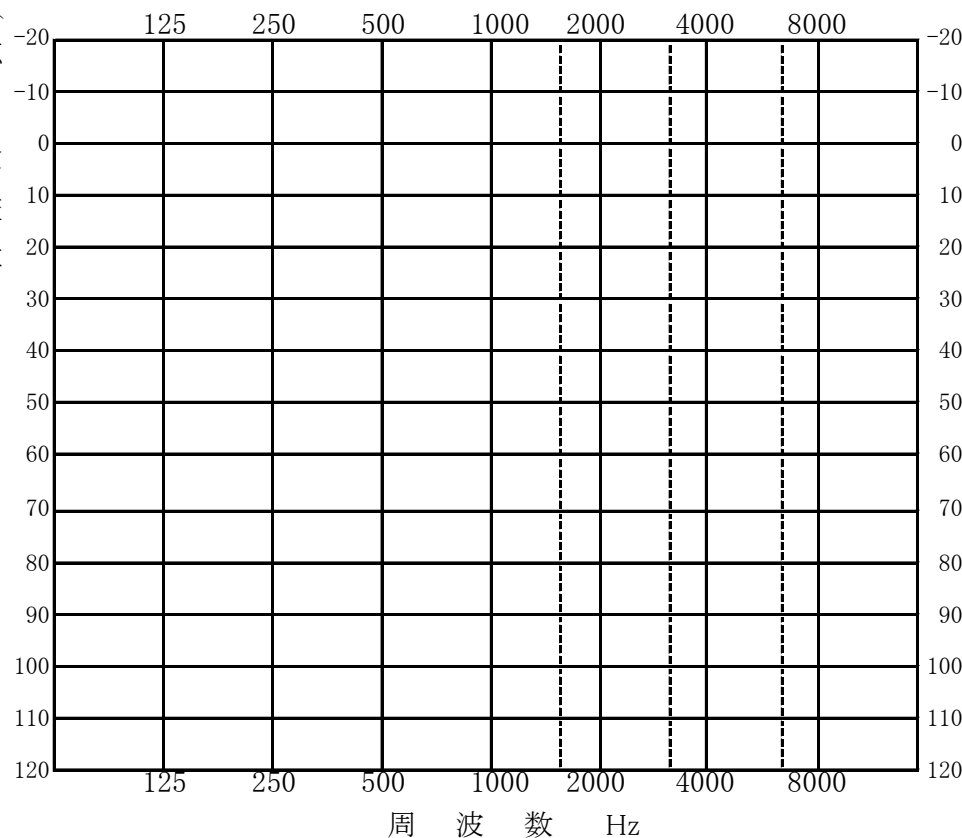


市町村名 (_____市町村) 氏名 (_____才)

(聴力検査票)



耳鳴

右耳	dB	左耳	dB
この欄はdB計算の式			
$\frac{500\text{Hz} + 1000\text{Hz} \times 2 + 2000\text{Hz}}{4}$			

マスキング dB

恩地		250	1000
	右		
	左		

	気導	骨導
右耳	—○—	…[…
左耳	—×—	…]…

医学的判定意見書

障害名	
所見	
附記	により聴力測定不能
聴力レベル	耳鳴りの有無
右耳 dB	右耳 有 無
左耳 dB	左耳 有 無
補聴器による補聴効果	良 可 効果無
備考(処方等)	
診断医師所属	
耳鼻科医師名 咽喉	(印)