



International Committee of Sports for the Deaf

Recognized by the International Olympic Committee

OFFICIAL AUDIOGRAM DATA SHEET

*Required Fields

*Name:

Family Name (Last Name) Given Name (First Name) Other Names (Middle Name)

*Date of Birth: (day / month / year) *Gender: ☒ Male ☐ Female *Nation: JPN

*Sport: *Event: Summer Deaflympics 2025 ←東京デフリンピックを確認

Below is complete by audiologist only

*Audiometer: *Examiner Name:

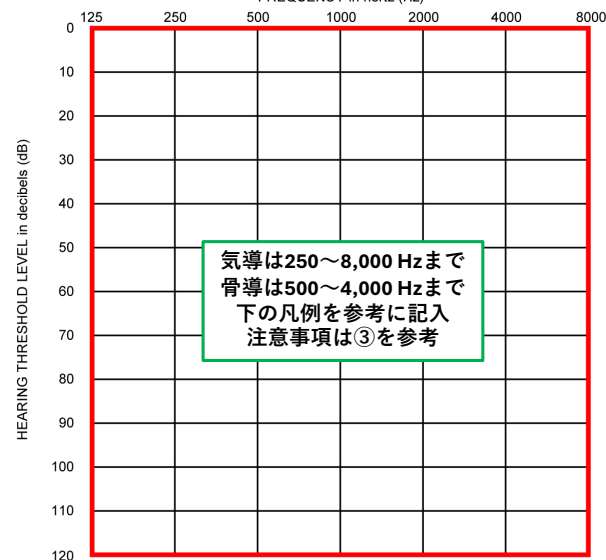
*Calibration: ☐ ANSI 1969 ☐ ISO 1964 *Date of Examination: (day / month / year)

☐ Other:

該当箇所に✓
②を参考

*AIR CONDUCTION & *BONE CONDUCTION

FREQUENCY in hertz (Hz)



*IMPEDANCE TYMPANOMETRY				
Ear	Canal Vol.	Peak Comp.	Gradient	Pres. Peak
RIGHT				
LEFT				

*REFLEXOMETRY				
Side Equals Probe Ear				
RIGHT	Stim	500	1000	2000
	Ipsi			
	Contra			
LEFT	Stim	500	1000	2000
	Ipsi			
	Contra			

PURE TONE AVERAGE		
(500-1000-2000 Hz)		
Ear	Air	Bone
RIGHT		
LEFT		

KEY TO SYMBOLS				
Ear	Air	Air-masked	Bone	Bone-masked
RIGHT (red)	O	△	<	[
LEFT (blue)	X	□	>	]
		No Response	NR	

TYPE OF HEARING LOSS				
(Check one for each ear with an "X")				
Ear	Sensori-neural	Conductive	Mixed	Cochlear Implant
RIGHT				
LEFT				

ICSD HOME OFFICE USE ONLY

ID: _____

Data Entered By: _____

ICSD Audiologist: _____

COMMENTS: (In English) 上段に「病名」、「例: Cochlear implant in right ear.」※治療に関しては記載しない
下段に「病院名」、「住所」、「担当医」、「TEL」を英語記入

This form must be completed three (3) months before the event.

Send this audiogram form to your National Deaf Sports Federation for review.

病院の角印など押印

Document generated on 2025-

Audiogram Form Revised: 2015-03-18

記入用紙入手方法

以下URLにアクセス

氏名、生年月日、性別、国、参加競技を選択し入手

<http://www.deaflympics.com/audiogramform.php>

参加資格

良聴耳の平均聴力レベル（500、1000、2000Hzの気導聴力平均）が55dB以上

注意事項

- ① 記入用紙*部分は必須項目である
- ② CalibrationはOtherにチェックし以下で記載する
国内オーディオメーターはJIS T 1201-1:2020
輸入オーディオメーターはIEC 60645-1:2017
- ③ 人工内耳を装用している場合
装用耳の検査は必要ないが、どちらの耳が装用耳であるかをコメントに記入
- ④ 純音聴力検査
気導は250～8000Hz、骨導は500～4000Hzを記入
- ⑤ ティンパノメトリー
Canal Vol. = PVT (ml)、Peak Comp. = S.C. (ml)
Pres Peak = PEAK (daPa)
Gradient = 測定数値(daPa)もしくは ティンパノグラム
の型 を記載（不明の場合は空欄可）
- ⑥ 耳小骨筋反射
反応する閾値、反応ない場合には○ dB↓で記入
計測不可の場合には理由を記載（外耳道閉鎖症等）
- ⑦ 検査データ
コピーでよいので各データを必ず別添する