

# 耳型採取確認同意書

どちらかに ○ をお願いします

- 過去に耳の手術などによる耳の変形や傷はありますか？ 【 はい ・ いいえ 】
- 過去90日以内に中耳炎などで耳漏（じろう）がありましたか？ 【 はい ・ いいえ 】
- 過去90日以内に突発性または進行性の聴力低下がありましたか？ 【 はい ・ いいえ 】
- 過去90日以内に左右どちらかの耳に聴力低下がありましたか？ 【 はい ・ いいえ 】
- 急性または慢性のめまいがありますか？ 【 はい ・ いいえ 】
- 外耳道（耳穴の入り口から鼓膜まで）に湿疹、  
痛みまたは不快感がありますか？ 【 はい ・ いいえ 】
- 現在、耳の間こえに異常はありますか？ 【 はい ・ いいえ 】

※お耳を拝見し、耳垢が多い場合には以降のお手続きを中止し、耳鼻咽喉科にご相談いただく場合があります

上記の各項目にご記入していただき、不備のないこと、ご本人様の承諾をいただいた場合のみ耳型（インプレッション）採取を実施させていただきます。ただし、上記申告内容と事実に相違があり、万が一問題が発生した場合には、署名者様ご本人の自己責任と負担において耳鼻咽喉科医師の診察及び、処置を受けていただきます。ご回答に際し、何かご不明な内容がある場合には専門家へのご相談をお勧めします。

以上、（株）あいち補聴器センター耳型採取確認の内容に同意します。

以下も、確認のためご記入ください。

年 月 日

製作(予定)メーカー：

署名：

ご注文先：e☆イヤホン（注文済み / 未注文）・ その他

保護者署名：

印

【ご連絡先】

※未成年の場合、保護者様の署名が必要となります

住所：〒 -

電話番号：