

耳型採取確認同意書

※耳型は2週間程度で収縮する可能性があります。機種を決定後、出来るだけ早く注文（送付）して下さい。

どちらかに ○ をお願いします

- ・ 耳の手術を受けたことがある。 【 はい ・ いいえ 】
- ・ 最近 3 ヶ月以内に耳漏があった。 【 はい ・ いいえ 】
- ・ 最近 2 ヶ月以内に聴力が低下した。 【 はい ・ いいえ 】
- ・ 最近 1 ヶ月以内に急に耳鳴りが大きくなった。 【 はい ・ いいえ 】
- ・ 外耳道に痛みまたは、かゆみがある。 【 はい ・ いいえ 】
- ・ 耳あかが多くたまっている。 【 はい ・ いいえ 】
- ・ 現在、耳の聞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と相違があり、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）AHA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

耳型採取経験： 初めて ・ 2回目以降

署名：

製作(予定)メーカー：

わからない場合は記入不要です

保護者署名：

印

ご注文先： e☆イヤホン(注文済み / 未注文) ・ その他

※未成年の場合、保護者様の署名が必要となります

電話番号：