

同意書

- 耳の手術などによる耳の変形や傷がありますか？ はい ・ いいえ
- 中耳炎などで過去 90 日以内に耳漏がありましたか？ 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、耳の間こえに異常がありますか？ 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、
耳鼻咽喉科医にご相談いただく場合があります。 拒絶 ・ 了解

以上の各項目に「いいえ」または「了解」のご回答が頂けた場合のみ耳型（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、万一問題が発生した場合には署名者ご本人の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、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。

以上カナルワークス株式会社耳型採取提携店確認の内容に同意します。

年 月 日

署名: _____

保護者署名: _____ 印

※未成年者の場合保護者の署名が必要となります。

耳型採取提携店

- | | |
|-------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 関西きこえ補聴器 | <input type="checkbox"/> 補聴器センター中央 |
| <input type="checkbox"/> ふれあい補聴器 | <input type="checkbox"/> リオネットセンター城南 |
| <input type="checkbox"/> 補聴器センター 辻 | <input type="checkbox"/> ファースト補聴器 |
| <input type="checkbox"/> あいち補聴器センター | |
| <input type="checkbox"/> 立川補聴器センター | |