

# 耳型採取に関する同意書

該当する選択肢を○で囲んでください。

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

中耳炎などで過去90日以内に耳だれはありましたか？ はい ・ いいえ

過去90日以内に突発性または進行性による聴力低下はありましたか？ はい ・ いいえ

過去90日以内に左右どちらかの耳の聴力低下はありますか？ はい ・ いいえ

急性または慢性のめまいはありますか？ はい ・ いいえ

外耳道に湿疹や痛みまたは不快感はありますか？ はい ・ いいえ

耳型採取は細心の注意を持って行いますが、万が一問題が生じた場合は、  
お客様の意思とご負担で専門家の診察を受けていただきます。

全ての項目が「いいえ」である事に間違いありません。

また、問題が生じた場合の対処方法に同意致します。

年 月 日

お客様署名：

## 未成年者同意欄

※お客様が未成年(20歳未満)の場合は、親権者(法定代理人)の同意が必要です。  
必ず署名・ご捺印をお願いいたします。

私は、上記未成年者の親権者(法定代理人)として上記未成年者の耳型採取ならびに当製品の購入に同意します。

年 月 日

親権者署名：  
(法定代理人)

須山補聴器  
Suyama Hearing Instruments

銀座店 〒104-0061 東京都中央区銀座6-16-12  
電話 (03)3549-0755

千葉店 〒261-0011 千葉県千葉市美浜区真砂2-24-7  
電話 (043)278-3318