

耳型採取同意書

耳型採取の前にお客様が安心してご相談いただけますよう以下の項目を確認させて頂いております。
いずれかの項目に該当する場合は必ず耳鼻咽喉科の受診をお願いします。

- | | |
|--------------------------------|--------|
| 1. 耳の手術を受けたことがある。 | はい・いいえ |
| 2. 最近3ヶ月以内に耳漏があった。 | はい・いいえ |
| 3. 最近2ヶ月以内に聴力が低下した。 | はい・いいえ |
| 4. 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 |
| 5. 外耳道に痛みまたは、かゆみがある。 | はい・いいえ |
| 6. 耳あかが多くたまっている。 | はい・いいえ |
| 7. 心臓の病気・脳梗塞・血栓症等の治療で薬を内服している。 | はい・いいえ |

以上の各項目に「いいえ」のご回答が頂けた場合のみ、耳型採取を実施いたします。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の診察及び処置を受けていただきます。7に「はい」と回答された方は、出血し易くなっていないか、耳の奥の皮膚をこすっても心配ないか医師に相談してください。1に「はい」と回答された方は、医師に相談されたとしても販売店では耳型採取はできません。

【 注意事項 】

- 料金は、 両耳 ¥ 5, 5 0 0 片耳 ¥ 3, 3 0 0 かかります。
(片側1回ずつ採取します。耳型に問題がある場合は2回採取します。)
- 耳型採取のみの対応となります。イヤフォン等の販売やアフターケアはしておりません。
- 耳型採取の際、気分が悪くなられた時は直ぐにお知らせ下さい。直ちに中断します。
- 耳型採取の際、耳あかや耳毛が抜ける事による小さい痛み、耳道が傷つく事があります。

【未成年の方】

- 事前にご家族等の保護者同意の署名欄にサインを頂いております。
- 事前に保護者および医師による耳の確認を必要としております。

上記の内容を確認した上で耳型採取に同意しますか？

はい・いいえ

記入日 年 月 日

よりがな

名前

年齢

歳

保護者署名

㊞ 続柄

住所

電話

コチラは記入不要です。

耳の状態 (ふつう・細い・曲りきつい・しわ耳) 耳あか (乾燥・軟らかい・飴耳) 耳毛 (少ない・多い)
採取方法 (割箸縦・割箸横・無) 備考 () 担当 ()



有限会社 富山福祉用具販売 / 富山県補聴器センター

〒930-0042 富山市泉町1-2-7 Tel 076-493-0216 Fax 076-495-9120
E-mail hochouki@cronos.ocn.ne.jp URL https://www.tfh-morita.com