コルチトーン補聴器株式会社

フリガナ		性別	生年月日(必須)
氏名	(必須) 様	男・女	年　月　日
住所（必須） 〒			TEL(必須) -　-
			メーカー名
			再作□　月　日

同意書

・耳の手術を受けたことがありますか？　はい・いいえ

・過去９０日以内に耳の疾患で耳鼻科を受診しましたか？　はい・いいえ

・中耳炎などで過去９０日以内に耳漏れはありましたか？　はい・いいえ

・過去９０日以内の聴力低下はありましたか？　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、痛みまたは不快感はありますか？　はい・いいえ

【注意】インプレッション採取は細心の注意を払って行いますが、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。

【インプレッションをカスタム IEM（オーディオ用イヤホン）製作に使用されるお客様】
製品の出来上がり等に関しましては弊社規定内（再作 3ヵ月間 1回のみ無料）でのご対応となります。（ご自分で作成される場合は除きます。）

＝＝

上記すべての項目が「いいえ」であることに間違いありませんか。
また、問題が生じた場合の対処方法に同意いただけましたらご署名下さい。

西暦　　年　月　日

ご署名

未成年の方は保護者の同意が必要です。　保護者 ご署名　　印