

# 耳型採取同意書

令和 年 月 日  
秋葉原補聴器株式会社  
イクシヨウ

◆耳型採取をする前に、次に点をご了承とご確認を下さい。

個人情報取扱のご了承(法)

◆下記のどれかに該当する場合には、耳型採取をする前に耳鼻科医に相談するようにご指導下さい。

- ・耳の手術などによる耳の変形や傷はないでしょうか。
- ・中耳炎などで過去90日以内に生じた耳漏(耳垂れ)がないでしょうか。
- ・過去90日以内に生じた片耳の聴力低下はないでしょうか。突発性または進行性の聴力低下はないでしょうか。
- ・急性または慢性のめまいはないでしょうか。
- ・外耳道に湿疹、痛みまたは不快感はないでしょうか。
- ・耳垢は多くないでしょうか。

◆耳型採取の注意事項

- ・耳型採取の料金は5,500円かかります。(イヤークリップをご希望の方やイベントの贈のセールにより代金が変更されることもございます。)
- ・左右1ペアのみの採取になります。耳型に問題がある場合や型がきちんとならぬ場合は2ペア取ることもございます。原則的に1ペアのみです。
- ・弊社では耳型採取のみをおこないません。イヤフォンに関する販売やアフターケアは一切しておりません。
- ・出来上がったイヤフォンに対して、形や装着感に問題がありましたら商品をお返しから30日以内であれば無料で再作をおこないます。但し、弊社のレシートを持参していただき、メーカーもしくは代理店の内容書やメールなどの証明できるものをご提示して下さい。
- (再採取は一度限りです。イヤフォンで注文されない方、自作でイヤフォンを製作される場合は基本的に再採取をおこないません。)
- ・耳型採取での耳の損傷による身体への責任や損害賠償などは一切受けておりません。
- ・耳型採取の際に気が悪くなられた時は直ぐにお知らせ下さい。直ちに中断いたします。
- ・耳型採取の際、耳毛や耳垢が抜けることによる小さい痛みや、その際に耳道が傷つくことがあります。ご了承下さい。(個人差がございます。)

◆未成年者の場合は事前に家族・両親などの保護者の同意にサインして頂いております。

- ・商品に関する金額・購入にあたり、保護者の承諾は得ておりますでしょうか。(はい・いいえ)
- ・未成年者の場合は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。(済み・未定)

上記の内容を確認した上で耳型採取に同意しますか？(必須)

はい / いいえ

## ご本人様記入欄

名前 (姓) \_\_\_\_\_ 年齢 (歳) \_\_\_\_\_ 電話番号 (姓) \_\_\_\_\_ 或 (姓) メール (姓) \_\_\_\_\_

住所 (姓) \_\_\_\_\_

製作予定のメーカー名 \_\_\_\_\_ イヤホンの取扱い (お名前・イヤークリップ)

## 保護者同意の署名欄 (未成年の方のみ必須)

名前 \_\_\_\_\_ ① 続柄 \_\_\_\_\_ 記入年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

\*コチチから下は記入不要です。

- 耳のカーブ (ふつう・きつい・しむ耳・フラット・翹い)
- 耳垢の状態 (乾燥・軟らかい・粘り)
- 耳毛 (少ない・ふつう・多い)
- 採取方法 (普通・複雑・須山・バイン機・バイン機・無し)
- 採取回数 (初・2回・3回・それ以上)

備考

担当 \_\_\_\_\_