

Consultation Sheet

Consultation _____ Technician _____ DATE _____

| | | | | | | |
|-------------|---|---|----------|---------------|------|--------|
| Client Name | | | | Date of Birth | | |
| Address | | | | Gender | Male | Female |
| Tel No | — | — | Cellular | — | — | |
| E-mail | | | | | | |

| | | | | |
|----|--|--|-----|----|
| 1 | Have you had any beauty treatment for your eyes before? If Yes, please give details: Eyelash Extension / Eyelash Curling / Eyelash Tinting / Others() | あなたは、これまでに目元に施す美容サービスを受けたことがありますか？ ある方→まつげエクステ/まつ毛カール/まつげディント/その他 | Yes | No |
| 2 | If you experienced any problems, troubles, or abnormalities during/after the treatment(s), please give details. その際に、問題/異常/トラブルが発生した場合は状況を教えてください。 | | Yes | No |
| 3 | Do you have any allergies including eye allergies? | あなたは、目の周囲を含めて、アレルギーがありますか？ | Yes | No |
| 4 | Have you had treatments for respiratory problems including asthma or bronchitis? | 喘息・気管支炎など呼吸器系の治療を受けたことがありますか？ | Yes | No |
| 5 | Do you have dermatitis / eczema? | 皮膚炎はありますか？ | Yes | No |
| 6 | Do you have a sty or conjunctivitis at this moment? | 現在、ものもらいや結膜炎などの症状がありますか？ | Yes | No |
| 7 | Do you have any skin troubles around your eyes at this moment? | 現在、目の周囲の皮膚にトラブルがありますか？ | Yes | No |
| 8 | Do you have any health problems at this moment? Are you in your period? Are you currently pregnant or nursing? | 現在、体調不良、または生理中、妊娠中、授乳中ですか？ | Yes | No |
| 9 | Have you had any cosmetic surgeries in your eye area, or LASIK surgery, or permanent eye makeups in the last 6 months? Or are you planning to get one in the near future? | 目元の美容整形、レーシック、パーマネントメイクを過去6ヶ月以内にしたり、または、今後、する予定がありますか？ | Yes | No |
| 10 | Are you planning to have a MRI/CAT-SCAN in the near future? | MRI / CAT-SCAN の検査の予定はありますか？ | Yes | No |
| 11 | Do you have any inverted eyelash(es)? | 逆さまつげの症状はありますか？ | Yes | No |
| 12 | Have you had treatment for cataract/glaucoma? | 白内障/緑内障の治療を受けたことがありますか？ | Yes | No |
| 13 | Have you had treatment for dry eye syndrome? | ドライアイと診断され、治療を受けたことがありますか？ | Yes | No |
| 14 | Do you notice a swelling around your eyelids after you wake up from sleep? | 寝起きまぶたの腫れを感じることはありますか？ | Yes | No |
| 15 | Are you allergic to adhesive on bandages, tapes, patches or to any cosmetic items? | 絆創膏の粘着剤や化粧品でかぶれたことはありますか？ | Yes | No |
| 16 | Do you sweat easily? Or do you consider your sweating excessive? | 汗をかきやすいと感じたことはありますか？ | Yes | No |
| 17 | Do you feel eyestrain from your daily activities? | 仕事や日常生活で、眼を酷使することはありますか？ | Yes | No |
| 18 | Do you use computer and/or other electrical devices for a long time on a daily basis? | 日常的にコンピューターやタブレット端末などを長時間使用しますか？ | Yes | No |
| 19 | Are you experiencing sleep deprivation? | 睡眠時間の不足を感じますか？ | Yes | No |
| 20 | Do you drive a car, motor cycle, and/or bicycle? | 車、モーターサイクル、自転車の運転をすることはありますか？ | Yes | No |
| 21 | Are you currently using any eye-drops or eye wash items? | 現在、点眼薬(点眼剤)や洗眼薬(洗眼剤)などを使用していますか？ | Yes | No |
| 22 | Do you have any eye-makeup on today? | 今日は、アイメイクをしていますか？ | Yes | No |
| 23 | Did you use eyelash curler today? | 今日は、アイラッシュカールをつかいましたか？ | Yes | No |
| 24 | Do you have mascara or eyelash extensions on today? | 現在、まつげにマスカラやエクステが残っていますか？ | Yes | No |
| 25 | Are you wearing contact lenses now? | コンタクトレンズは装着していますか？ | Yes | No |

*We might not be able to provide our service depending on your answers.
*Please communicate with the technician immediately if you feel any discomfort/pain during/after the procedure.
※あなたの回答によっては施術をお断りする場合があります。※施術中、施術後に不快感や異常を感じたら担当者に速やかにお知らせください。