



Consultation Sheet

DATE _____

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

1	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/まつげテイント/その他	1. هل كان لديك أي علاج تجميل لعينيك من قبل؟ (إذا كانت الإجابة بنعم، فيرجى تقديم التفاصيل: تمدد الرمش / تجعد الرمش / تصبغ الرمش / أخرى)	Yes	No
2	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。	2. إذا واجهت أي مشاكل أو اضطرابات أو تشوهات أثناء/بعد العلاج، فيرجى تقديم التفاصيل	Yes	No
3	あなたは、目の周囲を含めて、アレルギーがありますか？	3. هل لديك أي حساسية بما في ذلك حساسية العين؟	Yes	No
4	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？	4. هل تلقيت علاجات لمشاكل في الجهاز التنفسي بما في ذلك الربو أو التهاب الشعب الهوائية؟	Yes	No
5	皮膚炎はありますか？	5. هل لديك التهاب الجلد/الأكزيما؟	Yes	No
6	現在、ものもらいや結膜炎などの症状がありますか？	6. هل لديك شحاذ عين أو التهاب ملتحمة في هذه اللحظة؟	Yes	No
7	現在、目の周囲の皮膚にトラブルがありますか？	7. هل لديك أي مشاكل جلدية حول عينيك في هذه اللحظة؟	Yes	No
8	現在、体調不良、または生理中、妊娠中、授乳中ですか？	8. هل لديك أي مشاكل صحية في هذه اللحظة؟ هل أنت في دورتك الشهرية هل أنت حامل حالياً أو مرضعة؟	Yes	No
9	目元的美容整形、レーシック、パーマントメイクを過去6ヶ月以内にしたり、または、今後、する予定がありますか？	9. هل أجريت لك أي عمليات جراحية تجميلية في منطقة عينيك، أو جراحة الليزك، أو مكياج العين الدائم في الأشهر الستة الأخيرة؟ أم أنك تخطط لتلقي واحدة في المستقبل القريب؟	Yes	No
10	MRI / CAT-SCAN の検査の予定はありますか？	10. هل تخطط لتلقي تصوير بالرنين المغناطيسي/تصوير بالأشعة المقطعية في المستقبل القريب؟	Yes	No
11	逆さまつげの症状はありますか？	11. هل لديك أي رمش/رموش مقلوب/ة؟	Yes	No
12	白内障/緑内障の治療を受けたことがありますか？	12. هل عانيت من إعتام عدسة العين / الزرق؟	Yes	No
13	ドライアイと診断され、治療を受けたことがありますか？	13. هل تلقيت علاجاً لمتلازمة العين الجافة؟	Yes	No
14	寝起きにまぶたの腫れを感じることはありますか？	14. هل تلاحظ تورماً حول جفونك بعد الاستيقاظ من النوم؟	Yes	No
15	絆創膏の粘着剤や化粧品でかぶれたことはありますか？	15. هل لديك حساسية من الضمادات اللاصقة أو الأشرطة أو البقع أو لأي من مستحضرات التجميل؟	Yes	No
16	汗をかきやすいと感じたことはありますか？	16. هل تعرق بسهولة؟ أو هل تعتبر تعرقك أكثر من اللازم؟	Yes	No
17	仕事や日常生活で、眼を酷使することはありますか？	17. هل تشعر بإجهاد العين من أنشطتك اليومية؟	Yes	No
18	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？	18. هل تستخدم الكمبيوتر و/أو الأجهزة الكهربائية الأخرى لفترة طويلة على أساس يومي؟	Yes	No
19	睡眠時間の不足を感じますか？	19. هل تعاني من الحرمان من النوم؟	Yes	No
20	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？	20. هل تقود سيارة أو دراجة نارية و/أو دراجة هوائية؟	Yes	No
21	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？	21. هل تستخدم حالياً أي من قطرات العين أو أغراض غسل للعين؟	Yes	No
22	今日は、アイメイクをしていますか？	22. هل تضع أي من مكياج العين اليوم؟	Yes	No
23	今日は、アイラッシュカールをつかいましたか？	23. هل استخدمت بكرة الرمش اليوم؟	Yes	No
24	現在、まつげにマスカラやエクステが残っていますか？	24. هل تضع ماسكارا أو ملحقات الرمش اليوم؟	Yes	No
25	コンタクトレンズは装着していますか？	25. هل ترتدي العدسات اللاصقة الآن؟	Yes	No

※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。

قد لا تتمكن من تقديم خدماتنا وفقاً لإجاباتك.
يرجى التواصل مع الفني على الفور إذا كنت تشعر بأي إزعاج/ألم أثناء/بعد الإجراء.