

Consultation Sheet

DATE _____

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

1	Avez-vous déjà eu des soins de beauté pour vos yeux ? Si oui, veuillez fournir des détails : extension des cils / cils recourbés / teinture des cils / autres()	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/まつげティント/その他	Yes	No
2	Si vous avez rencontré des problèmes ou présenter des troubles ou des anomalies pendant/après le(s) traitement(s), veuillez fournir des détails.	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	Avez-vous des allergies, y compris des allergies oculaires ?	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	Avez-vous reçu des traitements pour des problèmes respiratoires, notamment l'asthme ou la bronchite ?	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	Souffrez-vous de dermatite ou eczéma ?	皮膚炎はありますか？	Yes	No
6	Avez-vous un orgelet ou une conjonctivite en ce 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	Avez-vous des problèmes de peau autour des yeux en ce moment ?	現在、目の周囲の皮膚にトラブルがありますか？	Yes	No
8	Avez-vous des problèmes de santé en ce moment ? Avez-vous vos règles ? Êtes-vous actuellement enceinte ou allaitez-vous ?	現在、体調不良、または生理中、妊娠中、授乳中ですか？	Yes	No
9	Avez-vous subi des opérations de chirurgie esthétique au niveau de vos yeux, une chirurgie au Lasik ou des maquillages oculaires permanents au cours des six derniers mois ? Ou envisagez-vous d'en passer une dans un avenir proche ?	目元の美容整形、レーシック、パーマメントメイクを過去6ヶ月以内にした、 または、今後、する予定がありますか？	Yes	No
10	Envisagez-vous de passer une IRM ou un scanner dans un avenir proche ?	MRI / CAT-SCAN の検査の予定はありますか？	Yes	No
11	Avez-vous des cils inversés ?	逆さまつげの症状はありますか？	Yes	No
12	Avez-vous suivi un traitement contre la cataracte ou le glaucome ?	白内障 / 緑内障の治療を受けたことがありますか？	Yes	No
13	Avez-vous suivi un traitement contre le syndrome de l'œil sec ?	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	Avez-vous remarqué un gonflement autour de vos paupières au réveil ?	寝起きまぶたの腫れを感じることはありますか？	Yes	No
15	Êtes-vous allergique à l'adhésif sur les bandages, les bandes, les patches ou à tout produit cosmétique ?	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	Transpirez-vous facilement ? Ou considérez-vous que votre transpiration est excessive ?	汗をかきやすいと感じたことはありますか？	Yes	No
17	Ressentez-vous une fatigue oculaire pendant vos activités quotidiennes ?	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	Utilisez-vous quotidiennement des ordinateurs et/ou d'autres appareils électriques ?	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	Manquez-vous de sommeil ?	睡眠時間の不足を感じますか？	Yes	No
20	Conduisez-vous une voiture, une moto ou utilisez-vous un un vélo ?	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	Utilisez-vous actuellement des gouttes pour les yeux ou des produits pour le lavage des yeux ?	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	Portez-vous du maquillage pour les yeux aujourd'hui ?	今日は、アイメイクをしていますか？	Yes	No
23	Avez-vous utilisé un recourbe-cils aujourd'hui ?	今日は、アイラッシュカールをつかいましたか？	Yes	No
24	Avez-vous du mascara ou des extensions de cils aujourd'hui ?	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	Portez-vous des lentilles de contact maintenant ?	コンタクトレンズは装着していますか？	Yes	No

Nous pourrions ne pas être en mesure de fournir notre service en fonction de vos réponses.

Veuillez communiquer avec le technicien immédiatement si vous ressentez une gêne/une douleur pendant/après la procédure.

※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。