



# Consultation Sheet

DATE \_\_\_\_\_

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

1	Haben Sie schon einmal kosmetische Behandlungen an Ihren Augen vornehmen lassen? Wenn dem so ist, dann stellen Sie bitte Einzelheiten zur Verfügung: Wimpernverlängerung / Wellung der Wimpern / Färbung der Wimpern / Anderes( )	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	Wenn Ihnen während bzw. nach der/den Behandlung/en Probleme, Schwierigkeiten oder Auffälligkeiten entstanden sind, dann stellen Sie bitte Einzelheiten zur Verfügung	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	Leiden Sie an Allergien einschließlich allergischer Reaktionen der Augen?	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	Haben Sie Behandlungen aufgrund von Atemwegsproblemen einschließlich Asthma oder Bronchitis bekommen?	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	Leiden Sie an Dermatitis oder Hautausschlag?	皮膚炎はありますか？	Yes	No
6	Leiden Sie momentan an einem Gerstenkorn im Auge oder an einer Bindehautentzündung?	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	Haben Sie momentan Hautprobleme in der Augenregion?	現在、目の周囲の皮膚にトラブルがありますか？	Yes	No
8	Haben Sie derzeitig gesundheitliche Probleme? Haben Sie momentan Ihre Tage? Sind Sie derzeitig schwanger oder stillen Sie Ihr Baby?	現在、体調不良、または生理中、妊娠中、授乳中ですか？	Yes	No
9	Hatten Sie in den letzten 6 Monaten in Ihrer Augenregion schönheitschirurgische Eingriffe, eine LASIK-Operation oder permanente Make-ups? Oder beabsichtigen Sie, sich in der nahen Zukunft einem solchen Eingriff zu unterziehen?	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	Beabsichtigen Sie, in der nahen Zukunft einen MRT oder eine Computertomographie vornehmen zu lassen?	MRI / CAT-SCAN の検査の予定はありますか？	Yes	No
11	Haben Sie invertierte Wimpern?	逆さまつげの症状はありますか？	Yes	No
12	Wurden Sie aufgrund eines grauen bzw. eines grünen Stars behandelt?	白内障 / 緑内障の治療を受けたことがありますか？	Yes	No
13	Haben Sie aufgrund eines Trockene-Augen-Syndroms eine Behandlung bekommen?	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	Bemerken Sie eine Schwellung um Ihre Wimpern herum, wenn Sie aus dem Schlaf erwachen?	寝起きにまぶたの腫れを感じることはありますか？	Yes	No
15	Reagieren Sie allergisch auf Klebstoffe von Bandagen, Bändern, Pflastern oder anderen kosmetischen Artikeln?	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	Kommen Sie leicht ins Schwitzen? Oder erachten Sie Ihre Schweißsekretion als exzessiv?	汗をかきやすいと感じたことはありますか？	Yes	No
17	Fühlen Sie während Ihrer täglichen Aktivitäten eine Belastung Ihrer Augen?	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	Verwenden Sie täglich für eine lange Zeit einen Computer oder ein elektronisches Gerät?	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	Leiden Sie an Schlafmangel?	睡眠時間の不足を感じますか？	Yes	No
20	Nutzen Sie ein Auto, ein Motorrad und/oder ein Fahrrad?	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	Nutzen Sie derzeitig Augentropfen oder andere Artikel zur Augenreinigung?	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	Tragen Sie heute ein Make-up für die Augen?	今日は、アイメイクをしていますか？	Yes	No
23	Haben Sie heute einen Wimpernformer verwendet?	今日は、アイラッシュカールをつかいましたか？	Yes	No
24	Tragen Sie heute Mascara oder Wimpernverlängerungen?	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	Tragen Sie derzeitig Kontaktlinsen?	コンタクトレンズは装着していますか？	Yes	No

\*Je nachdem wie Sie die Fragen beantwortet haben, können wir Ihnen unsere Dienste eventuell nicht zur Verfügung stellen.

\*Kontaktieren Sie bitte unverzüglich den Techniker, sollten Sie während oder nach der Behandlung ein Unwohlsein bzw. einen Schmerz empfinden.

\*\*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。