



# Consultation Sheet

DATE \_\_\_\_\_

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

1	क्या आपने पहले कभी अपनी आंखों का कोई सौंदर्य उपचार करवाया है? यदि हाँ, तो कृपया विवरण दें: आईलैश वसितार / आईलैश कर्लिंग / आईलैश टटिंग / अन्य	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	यदि आपने उपचार(रों) के दौरान / बाद में कनिही समस्याओं, परेशानियों या असामान्यताओं का अनुभव किया है, तो कृपया विवरण दें। その際に、問題/異変/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	या आपको आंखों की एलर्जी सहित कोई एलर्जी है?	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	या आपका अस्थमा या ब्रोंकाइटिस सहित सांस की समस्याओं का उपचार हुआ है?	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	या आप डर्मेटाइटिस / एक्ज़िमा से पीड़ित हैं?	皮膚炎はありますか?	Yes	No
6	या आप इस समय आंख की बलिनी या कंजक्टवाइटिस से पीड़ित हैं?	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	क्या आपको इस समय आपकी आंखों के आसपास की त्वचा में कोई परेशानी है?	現在、目の周囲の皮膚にトラブルがありますか?	Yes	No
8	या आपको इस समय कोई स्वास्थ्य समस्या है? क्या आप अपने मासिक धर्म में हैं? आप इस समय गर्भवती हैं या स्तनपान करा रही हैं?	現在、体調不良、または生理中、妊娠中、授乳中ですか?	Yes	No
9	या पछिले 6 महीनों में आपकी आंख के क्षेत्र में कोई कॉस्मेटिक सर्जरी, या LASIK सर्जरी, या आंखों का स्थायी मेकअप हुआ है? या आप नकिट भवपिय में इसे करवाने की योजना बना रहे हैं?	目元的美容整形、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	या आप नकिट भवपिय में MRI/CAT-SCAN करवाने की योजना बना रहे हैं?	MRI / CAT-SCAN の検査の予定はありますか?	Yes	No
11	क्या आपकी कुछ आईलैश उलटी हैं?	逆さまつげの症状はありますか?	Yes	No
12	क्या आपका मोतियाबिंद / ग्लोकोमा का उपचार हुआ है?	白内障 / 緑内障の治療を受けたことがありますか?	Yes	No
13	क्या आपका ड्राई आई सड्रोम का उपचार हुआ है?	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	क्या आप नींद से जागने के बाद अपनी पलकों के आसपास सूजन महसूस करते हैं?	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	क्या आपको बैडेज, टेप, पैच या किसी कॉस्मेटिक सामग्री की गोद से एलर्जी है?	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	या आपको सामान्य पसीना आता है? या आप अपने पसीने को ज्यादा मानते हैं?	汗をかきやすいと感じたことはありますか?	Yes	No
17	या आप अपनी दैनिक गतिविधियों से आंखों में जलन को महसूस करते हैं?	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	या आप दैनिक रूप से लंबे समय तक कंप्यूटर और/या अन्य बजिली के उपकरणों का उपयोग करते हैं?	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	या आप नींद में कमी का अनुभव कर रहे हैं?	睡眠時間の不足を感じますか?	Yes	No
20	या आप कार, मोटर साइकिल और/या साइकिल चलाते हैं?	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	या आप वर्तमान समय में किसी भी आई-ड्रॉप या आई वॉश सामग्री का उपयोग कर रहे हैं?	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	या आपने आज आंखों का कोई मेकअप किया हुआ है?	今日は、アイメイクをしていますか?	Yes	No
23	या आपने आज आईलैश करलर का उपयोग किया था?	今日は、アイラッシュカールをつかいましたか?	Yes	No
24	या आपने आज काजल या आईलैश वसितार किया हुआ है?	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	या आप अभी कॉन्टेक्ट लेंस पहने हुए हैं?	コンタクトレンズは装着していますか?	Yes	No

\*हम आपके उत्तरों के आधार पर हमारी सेवा प्रदान करने में सक्षम नहीं हो सकते हैं।

\*कृपया इस प्रक्रिया के दौरान/बाद में किसी भी असुविधा/दर्द महसूस होने पर तकनीशियन से तुरंत संपर्क करें।

※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。