



# Consultation Sheet

DATE \_\_\_\_\_

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

1	Ti sei mai sottoposta a un trattamento di bellezza per gli occhi? In caso affermativo, entra nel dettaglio: delle ciglia allungamento/piegamento/coloramento delle ciglia/altro( )	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	In caso di problemi o anomalie durante o dopo il/i trattamento/i, entra nel dettaglio.	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	Hai delle allergie, come ad esempio delle allergie agli occhi?	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	Ti sei sottoposta a cure per problemi respiratori, ad esempio asma o 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	Soffri di dermatite o eczema?	皮膚炎はありますか?	Yes	No
6	Soffri di orzaiolo o congiuntivite in questo momento?	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	Hai problemi alla pelle intorno agli occhi in questo momento?	現在、目の周囲の皮膚にトラブルがありますか?	Yes	No
8	Hai problemi di salute in questo momento? Attualmente hai il ciclo mestruale? Sei incinta o in allattamento?	現在、体調不良、または生理中、妊娠中、授乳中ですか?	Yes	No
9	Hai subito interventi di chirurgia estetica nella zona degli occhi, chirurgia LASIK o trucchi permanenti per gli occhi negli ultimi 6 mesi? Hai intenzione di sottoportici a breve?	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	Stai pensando di sottoporti a una risonanza magnetica o a una tomografia computerizzata a breve?	MRI / CAT-SCAN の検査の予定はありますか?	Yes	No
11	Hai delle ciglia invertite?	逆さまつげの症状はありますか?	Yes	No
12	Ti sei sottoposta a un trattamento per cataratta o 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	Ti sei sottoposta a un trattamento per la sindrome dell'occhio secco?	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	Noti un gonfiore intorno alle palpebre dopo esserti svegliato?	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	Sei allergica all'adesivo su bende, nastri, cerotti o su qualsiasi oggetto cosmetico?	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	Sudi spesso? O pensi che la tua sudorazione sia eccessiva?	汗をかきやすいと感じたことはありますか?	Yes	No
17	Senti affaticamento agli occhi a causa tue attività quotidiane?	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	Usi il computer e/o altri dispositivi elettrici per molto tempo durante il giorno?	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	Soffri di mancanza di sonno?	睡眠時間の不足を感じますか?	Yes	No
20	Guidi un'auto, una moto e/o una bicicletta?	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	Al momento stai utilizzando colliri o prodotti per la pulizia degli occhi?	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	Hai messo del trucco per gli occhi oggi?	今日は、アイメイクをしていますか?	Yes	No
23	Hai usato il piegaciglia oggi?	今日は、アイラッシュカールをつかいましたか?	Yes	No
24	Indossi delle estensioni per ciglia o il mascara oggi?	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	Indossi lenti a contatto ora?	コンタクトレンズは装着していますか?	Yes	No

\*Potremmo non essere in grado di fornire il nostro servizio a seconda delle tue risposte.

\*Riferisci immediatamente al tecnico fastidio o dolore durante o dopo la procedura.

※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。