



Consultation Sheet

DATE _____

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

1	Pernahkah anda melakukan sebarang rawatan kecantikan untuk mata anda sebelum ini? Jika Ya, sila berikan butiran: Menyambung Bulu Mata / Melentikkan Bulu Mata / Mewarnakan Bulu Mata / Lain-lain()	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/まつげディント/その他	Yes	No
2	Jika anda mengalami sebarang masalah, gangguan atau keabnormalan semasa/selepas rawatan, sila beri butiran. 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	Adakah anda mempunyai sebarang alahan termasuk alahan mata? 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	Pernahkah anda menerima rawatan untuk masalah pernafasan termasuk asma atau bronkitis? 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	Adakah anda mempunyai dermatitis / ekzema? 皮膚炎はありますか？		Yes	No
6	Adakah anda mempunyai sty atau konjunktivitis pada masa ini? 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	Adakah anda mempunyai sebarang masalah kulit di sekitar mata pada masa ini? 現在、目の周囲の皮膚にトラブルがありますか？		Yes	No
8	Adakah anda mempunyai sebarang masalah kesihatan pada masa ini? Adakah anda sedang haid? Mengandung atau menyusui? 現在、体調不良、または生理中、妊娠中、授乳中ですか？		Yes	No
9	Pernahkah anda melakukan sebarang pembedahan kosmetik di kawasan mata, pembedahan LASIK, atau solekan mata kekal dalam tempoh 6 bulan lalu? Atau adakah anda merancang untuk melakukan salah satu pada masa terdekat? 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	Adakah anda merancang untuk melakukan IMBASAN MRI/CAT pada masa terdekat? MRI / CAT-SCAN の検査の予定はありますか？		Yes	No
11	Adakah anda mempunyai bulu mata songsang? 逆さまつげの症状はありますか？		Yes	No
12	Pernahkah anda melakukan rawatan katarak/glaukoma? 白内障 / 緑内障の治療を受けたことがありますか？		Yes	No
13	Pernahkah anda melakukan rawatan untuk sindrom mata kering? 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	Adakah anda perasan bengkak di sekitar kelopak mata anda selepas bangun daripada tidur? 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	Adakah anda mempunyai alahan terhadap pembalut, pita perekat, penampal atau sebarang item kosmetik? 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	Adakah anda mudah berpeluh? Atau adakah anda menganggap peluh anda keterlaluan? 汗をかきやすいと感じたことはありますか？		Yes	No
17	Adakah anda rasa keletihan mata disebabkan oleh aktiviti-aktiviti harian? 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	Adakah anda menggunakan komputer dan/atau peranti elektrik lain untuk jangka masa yang panjang setiap hari? 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	Adakah anda mengalami kekurangan tidur? 睡眠時間の不足を感じますか？		Yes	No
20	Adakah anda memandu kereta, motosikal atau/dan basikal? 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	Adakah anda menggunakan sebarang ubat titis mata atau item pembasuh mata pada masa ini? 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	Adakah anda memakai sebarang solekan mata hari ini? 今日は、アイメイクをしていますか？		Yes	No
23	Adakah anda menggunakan penggulung bulu mata hari ini? 今日は、アイラッシュカールをつかいましたか？		Yes	No
24	Adakah anda memakai maskara atau menyambung bulu mata hari ini? 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	Adakah anda memakai kanta lekap sekarang? コンタクトレンズは装着していますか？		Yes	No

*Kami mungkin tidak dapat memberikan perkhidmatan kami berdasarkan jawapan anda.

*Sila berhubung dengan juruteknik segera jika anda mengalami sebarang ketidakelesaian/kesakitan semasa/selepas prosedur.

※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。