

カウンセリングシート

COUNSELING SHEET

年 月 日

フリガナ			
お名前	生年月日 年 月 日 (才)		
ご住所	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	都・道 府・県	市・郡 区
電話番号	— —	携帯電話番号	— —
メールアドレス			

1	これまでにまつげエクステを含む美容サービスを受けたことはありますか？	はい	いいえ
2	上記で「はい」とお答え頂いた方にお聞きします。その際に何かかゆみや腫れなど皮膚にトラブルは発生しましたか？	はい	いいえ
3	目元に限らず、何等かのアレルギー症状をお持ちですか？	はい	いいえ
4	喘息と診断され治療を受けたことがありますか？	はい	いいえ
5	皮膚炎と診断され治療を受けたことがありますか？	はい	いいえ
6	現在、ものもらいや結膜炎などの症状がありますか？	はい	いいえ
7	現在、目の周りの皮膚にトラブルがありますか？	はい	いいえ
8	現在、体調不良または生理中、妊娠中、授乳中ですか？	はい	いいえ
9	目元の美容整形、レーシック、アートメイクをこの6ヶ月間に行った、または今後その予定がありますか？	はい	いいえ
10	MRI・CTスキャン検査の予定はありますか？	はい	いいえ
11	逆さまつげの症状はありますか？	はい	いいえ
12	白内障、緑内障などの治療を受けたことがありますか？	はい	いいえ
13	ドライアイと診断され治療を受けたことがありますか？	はい	いいえ
14	寝起きに瞼の腫れを感じることはありますか？	はい	いいえ
15	絆創膏でかぶれたことはありますか？	はい	いいえ
16	汗をかきやすいと感じたことはありますか？	はい	いいえ
17	職業上、あるいは日常生活において眼を酷使することはありますか？	はい	いいえ
18	PC・タブレット・スマートフォン・携帯電話を長時間使用することはありますか？	はい	いいえ
19	睡眠時間の不足を感じることはありますか？	はい	いいえ
20	車・バイク・自転車の運転をすることはありますか？	はい	いいえ
21	現在、点眼薬・洗眼薬を使用することはありますか？	はい	いいえ
22	今日、アイメイクをしていますか？	はい	いいえ
23	今日、ビューラーを使用しましたか？	はい	いいえ
24	現在、まつげにマスカラ、エクステなどが残っていますか？	はい	いいえ
25	コンタクトレンズは装着されていますか？	はい	いいえ

※ご回答によって、施術をお断りする場合があります。施術中、施術後に異変を感じた場合、速やかに担当者にお伝えください。

カウンセリングシート 25項目の質問事項解説

1	<p>これまでにまつげエクステを含む美容サービスを受けたことはありますか？ ⇒ カウンセリングの際の説明事項の把握（慣れている or 慣れていない etc）</p>	《関連ページ》テキスト P.101
2	<p>上記で「はい」とお答え頂いた方にお聞きします。その際に何かかゆみや腫れなど皮膚にトラブルは発生しましたか？ ⇒ アレルギー発症リスクのご説明・本日施術可能か否かの判断</p>	《関連ページ》テキスト P.96
3	<p>目元に限らず、何等かのアレルギー症状をお持ちですか？ ⇒ アレルギー発症リスクのご説明・本日施術可能か否かの判断</p>	《関連ページ》テキスト P.107
4	<p>喘息と診断され治療を受けたことがありますか？ ⇒ 施術中の咳をする際の注意 アレルギー発症リスクのご説明</p>	《関連ページ》テキスト P.101
5	<p>皮膚炎と診断され治療を受けたことがありますか？ ⇒ グルー・テープの注意点の説明と把握</p>	《関連ページ》テキスト P.114
6	<p>現在、ものもらいや結膜炎などの症状がありますか？ ⇒ 本日施術可能か否かの判断</p>	《関連ページ》テキスト P.71
7	<p>現在、目の周りの皮膚にトラブルはありますか？ ⇒ 本日施術可能か否かの判断</p>	《関連ページ》テキスト P.159
8	<p>現在、体調不良または生理中、妊娠中、授乳中ですか？ ⇒ 抵抗力低下やホルモンバランスの乱れの影響によるアレルギー発症リスクの説明、お薬を服用できないリスクの説明</p>	《関連ページ》テキスト P.101
9	<p>目元の美容整形、レーシック、アートメイクをこの6ヶ月間に行った、または今後その予定がありますか？ ⇒ 時期の確認・本日施術可能か否かの判断</p>	《関連ページ》テキスト P.91
10	<p>MRI・CTスキャン検査の予定はありますか？ ⇒ 時期の確認 本日施術可能か否かの判断</p>	《関連ページ》テキスト P.96
11	<p>逆さまつげの症状はありますか？ ⇒ カウンセリングの際の説明事項の把握</p>	《関連ページ》テキスト P.86
12	<p>白内障、緑内障などの治療を受けたことがありますか？ ⇒ 時期の確認 本日施術可能か否かの判断</p>	《関連ページ》テキスト P.78
13	<p>ドライアイと診断され治療を受けたことがありますか？ ⇒ アレルギー発症リスクの説明</p>	《関連ページ》テキスト P.66
14	<p>寝起きに瞼の腫れを感じることはありますか？ ⇒ 無意識のうつぶせ寝や目を掻く癖の把握・注意</p>	《関連ページ》テキスト P.106
15	<p>絆創膏でかぶれたことはありますか？ ⇒ お肌の敏感さの把握・注意</p>	《関連ページ》テキスト P.96
16	<p>汗をかきやすいと感じたことはありますか？ ⇒ 白化現象の可能性や持続性の注意</p>	《関連ページ》テキスト P.20
17	<p>職業上、あるいは日常生活において眼を酷使うことはありますか？ ⇒ 眼病可能性の把握・注意</p>	《関連ページ》テキスト P.74

カウンセリングシート 25項目の質問事項解説

18	PC・タブレット・スマートフォン・携帯電話を長時間使用することはありますか？ ⇒ 眼病可能性の把握・注意	《関連ページ》テキスト P.74
19	睡眠時間の不足を感じる事はありますか？ ⇒ 抵抗力低下によるアレルギー発症リスクの説明・ドライアイの可能性	《関連ページ》テキスト P.67/P.90
20	車・バイク・自転車の運転をすることはありますか？ ⇒ 来店時・帰宅時の注意説明	《関連ページ》テキスト P.160
21	現在、点眼薬・洗眼薬を使用することはありますか？ ⇒ 持病の把握	《関連ページ》テキスト P.159
22	今日、アイメイクをしていますか？ ⇒ 施術前OFFの説明と施術後メイクの注意	《関連ページ》テキスト P.108/P.158
23	今日、ビューラーを使用しましたか？ ⇒ 地まつげのチェック	《関連ページ》テキスト P.158
24	現在、まつげにマスカラ、エクステなどが残っていますか？ ⇒ 施術前OFFの説明	《関連ページ》テキスト P.158
25	コンタクトレンズは装着されていますか？ ⇒ 施術前外して頂く説明・アフターケアの説明	《関連ページ》テキスト P.80/P.158

※《関連ページ》はまつげエクステ技術者養成基礎講座 A5 版 ver.7.0 に準拠しております。