



Consultation Sheet

DATE _____

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

1	Se ha realizado algún tratamiento de belleza en los ojos antes? En caso afirmativo, proporcione detalles: Extensión de pestañas/Rizado de pestañas/Tinte de pestañas/Otros()	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	Si tuvo algún problema, molestia o anomalía durante/después del tratamiento, indíquenos los detalles.	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	Tiene alguna alergia, incluyendo alergias oculares?	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	Ha recibido tratamientos para problemas respiratorios, entre los que se incluyen asma o bronquitis?	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	Padece dermatitis/eccema?	皮膚炎はありますか？	Yes	No
6	Tiene algún orzuelo o conjuntivitis en este 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	Tiene problemas de piel alrededor de los ojos en este momento?	現在、目の周囲の皮膚にトラブルがありますか？	Yes	No
8	Tiene algún problema de salud en este momento? Se encuentra en los días del período? Está actualmente embarazada o en periodo de lactancia?	現在、体調不良、または生理中、妊娠中、授乳中ですか？	Yes	No
9	Se ha realizado alguna operación de cirugía estética en el área de los ojos, cirugía LASIK o maquillaje permanente en los últimos 6 meses? Lo está planeando para el futuro cercano?	目元の美容整形、レーシック、パーマントメイクを過去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	Tiene previsto hacerse una resonancia magnética/escáner TAC próximamente?	MRI / CAT-SCAN の検査の予定はありますか？	Yes	No
11	Tiene las pestañas invertidas?	逆さまつげの症状はありますか？	Yes	No
12	Ha recibido tratamiento para cataratas/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	Ha recibido tratamiento para el síndrome del ojo seco?	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	Nota hinchazón alrededor de los párpados después de despertarse?	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	Es alérgica al adhesivo que hay en vendas, cintas, parches o algún artículo cosmético?	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	Suda con facilidad? O considera que su sudoración es excesiva?	汗をかきやすいと感じたことはありますか？	Yes	No
17	Siente fatiga visual provocada por sus actividades diarias?	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	Utiliza ordenador y/u otros dispositivos eléctricos durante mucho tiempo a diario?	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	Sufre falta de sueño?	睡眠時間の不足を感じますか？	Yes	No
20	Conduce algún automóvil, motocicleta y/o bicicleta?	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	Utiliza gotas para los ojos o productos para el lavado de ojos actualmente?	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	Lleva puesto maquillaje en los ojos hoy?	今日は、アイメイクをしていますか？	Yes	No
23	Ha usado el rizador de pestañas hoy?	今日は、アイラッシュカールをつかいましたか？	Yes	No
24	Lleva extensiones de pestañas o máscara de pestañas hoy?	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	Lleva lentes de contacto en este momento?	コンタクトレンズは装着していますか？	Yes	No

*Es posible que no podamos ofrecerle nuestro servicio dependiendo de sus respuestas.

*Póngase en contacto con el técnico de inmediato si siente alguna molestia o dolor durante/después del procedimiento.

※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。