



# Consultation Sheet

DATE \_\_\_\_\_

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

1	Bạn có làm thẩm mỹ nào cho mắt trước đây không? Nếu Có, xin vui lòng cung cấp chi tiết: Nổi mi / Uốn mi / Nhuộm lông mi / Khác( )	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	Nếu bạn gặp bất kỳ vấn đề, rắc rối hoặc bất thường nào trong/sau khi làm thẩm mỹ, xin vui lòng cung cấp chi tiết.	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	Bạn có bị dị ứng bao gồm dị ứng mắt không?	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	Bạn đã điều trị các vấn đề về hô hấp bao gồm hen suyễn hoặc viêm phế quản chưa?	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	Bạn có bị viêm da / chàm không?	皮膚炎はありますか？	Yes	No
6	Bạn có bị lẹo mắt hay viêm kết mạc vào lúc này không?	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	Bạn có bất kỳ vấn đề nào về da quanh mắt vào lúc này không?	現在、目の周囲の皮膚にトラブルがありますか？	Yes	No
8	Bạn có bất kỳ vấn đề sức khỏe nào vào lúc này không? Bạn có đang trong kỳ kinh nguyệt không? Bạn có đang mang thai hoặc cho con bú không?	現在、体調不良、または生理中、妊娠中、授乳中ですか？	Yes	No
9	Bạn có thực hiện phẫu thuật thẩm mỹ nào trong vùng mắt, hoặc phẫu thuật LASIK, hoặc trang điểm mắt vĩnh viễn trong 6 tháng qua không? Hay bạn đang có kế hoạch thực hiện một trong những điều trên trong tương lai gần không?	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、または、今後、する予定がありますか？	Yes	No
10	Bạn có kế hoạch để chụp MRI/CAT-SCAN trong tương lai gần không?	MRI / CAT-SCAN の検査の予定はありますか？	Yes	No
11	Bạn có lông mi ngược nào không?	逆さまつげの症状はありますか？	Yes	No
12	Bạn đã điều trị đục thủy tinh thể/tăng nhãn áp chưa?	白内障/緑内障の治療を受けたことがありますか？	Yes	No
13	Bạn đã điều trị hội chứng khô mắt chưa?	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	Bạn có nhận thấy sưng quanh mí mắt sau khi bạn thức dậy không?	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	Bạn có dị ứng với chất kết dính trên băng keo cá nhân, thuốc dán, miếng dán hoặc với bất kỳ mỹ phẩm nào không?	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	Bạn có dễ đổ mồ hôi không? Hay bạn có thấy mồ hôi của mình quá nhiều không?	汗をかきやすいと感じたことはありますか？	Yes	No
17	Bạn có cảm thấy mỏi mắt do các hoạt động hàng ngày của mình không?	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	Bạn có sử dụng máy tính và/hoặc các thiết bị điện khác trong một thời gian dài hàng ngày không?	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	Bạn có đang bị thiếu ngủ không?	睡眠時間の不足を感じますか？	Yes	No
20	Bạn có lái xe hơi, xe máy và/hoặc xe đạp không?	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	Bạn hiện có đang sử dụng bất kỳ loại thuốc nhỏ mắt hoặc nước rửa mắt nào không?	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	Hôm nay, bạn có trang điểm mắt không?	今日は、アイメイクをしていますか？	Yes	No
23	Hôm nay, bạn có dùng dụng cụ uốn mi không?	今日は、アイラッシュカールをつかいましたか？	Yes	No
24	Hôm nay, bạn có dùng mascara hay nổi mi không?	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	Bạn hiện có đang đeo kính áp tròng không?	コンタクトレンズは装着していますか？	Yes	No

\*Chúng tôi có thể không thể cung cấp dịch vụ của chúng tôi tùy thuộc vào câu trả lời của bạn.

\*Xin vui lòng liên lạc với kỹ thuật viên ngay lập tức nếu bạn cảm thấy bất kỳ khó chịu/đau đớn trong/sau khi làm thủ thuật.

※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。