

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 sottoporli a breve? 目元の美容整形、レーシック、パーマメントメイクを過去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	Stai pensando di sottoporli 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。

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

1	Avez-vous déjà eu des soins de beauté pour vos yeux ? Si oui, veuillez fournir des détails : extension des cils / cils recourbés / teinture des cils / autres()	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 vous avez rencontré des problèmes ou présenter des troubles ou des anomalies pendant/après le(s) traitement(s), veuillez fournir des détails.	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	Avez-vous des allergies, y compris des allergies oculaires ?	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	Avez-vous reçu des traitements pour des problèmes respiratoires, notamment l'asthme ou la 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	Souffrez-vous de dermatite ou eczéma ?	皮膚炎はありますか？	Yes	No
6	Avez-vous un orgelet ou une conjonctivite en ce moment ?	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	Avez-vous des problèmes de peau autour des yeux en ce moment ?	現在、目の周囲の皮膚にトラブルがありますか？	Yes	No
8	Avez-vous des problèmes de santé en ce moment ? Avez-vous vos règles ? Êtes-vous actuellement enceinte ou allaitez-vous ?	現在、体調不良、または生理中、妊娠中、授乳中ですか？	Yes	No
9	Avez-vous subi des opérations de chirurgie esthétique au niveau de vos yeux, une chirurgie au Lasik ou des maquillages oculaires permanents au cours des six derniers mois ?Ou envisagez-vous d'en passer une dans un avenir proche ?	目元の美容整形、レーシック、パーマネットメイクを過去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	Envisagez-vous de passer une IRM ou un scanner dans un avenir proche ?	MRI / CAT-SCAN の検査の予定はありますか？	Yes	No
11	Avez-vous des cils inversés ?	逆さまつげの症状はありますか？	Yes	No
12	Avez-vous suivi un traitement contre la cataracte ou le glaucome ?	白内障／緑内障の治療を受けたことがありますか？	Yes	No
13	Avez-vous suivi un traitement contre le syndrome de l'œil sec ?	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	Avez-vous remarqué un gonflement autour de vos paupières au réveil ?	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	Êtes-vous allergique à l'adhésif sur les bandages, les bandes, les patches ou à tout produit cosmétique ?	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	Transpirez-vous facilement ? Ou considérez-vous que votre transpiration est excessive ?	汗をかきやすいと感じたことはありますか？	Yes	No
17	Ressentez-vous une fatigue oculaire pendant vos activités quotidiennes ?	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	Utilisez-vous quotidiennement des ordinateurs et/ou d'autres appareils électriques ?	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	Manquez-vous de sommeil ?	睡眠時間の不足を感じますか？	Yes	No
20	Conduisez-vous une voiture, une moto ou utilisez-vous un un vélo ?	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	Utilisez-vous actuellement des gouttes pour les yeux ou des produits pour le lavage des yeux ?	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	Portez-vous du maquillage pour les yeux aujourd'hui ?	今日は、アイメイクをしていますか？	Yes	No
23	Avez-vous utilisé un recourbe-cils aujourd'hui ?	今日は、アイラッシュカールをつかいましたか？	Yes	No
24	Avez-vous du mascara ou des extensions de cils aujourd'hui ?	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	Portez-vous des lentilles de contact maintenant ?	コンタクトレンズは装着していますか？	Yes	No

Nous pourrions ne pas être en mesure de fournir notre service en fonction de vos réponses.
Veuillez communiquer avec le technicien immédiatement si vous ressentez une gêne/une douleur pendant/après la procédure.

※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。



Consultation Sheet

DATE

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

1	Haben Sie schon einmal kosmetische Behandlungen an Ihren Augen vornehmen lassen? Wenn dem so ist, dann stellen Sie bitte Einzelheiten zur Verfügung: Wimpernverlängerung / Wellung der Wimpern / Färbung der Wimpern / Anderes()	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	Wenn Ihnen während bzw. nach der/den Behandlung/en Probleme, Schwierigkeiten oder Auffälligkeiten entstanden sind, dann stellen Sie bitte Einzelheiten zur Verfügung	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	Leiden Sie an Allergien einschließlich allergischer Reaktionen der Augen?	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	Haben Sie Behandlungen aufgrund von Atemwegsproblemen einschließlich Asthma oder Bronchitis bekommen?	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	Leiden Sie an Dermatitis oder Hautausschlag?	皮膚炎はありますか？	Yes	No
6	Leiden Sie momentan an einem Gerstenkorn im Auge oder an einer Bindehautentzündung?	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	Haben Sie momentan Hautprobleme in der Augenregion?	現在、目の周囲の皮膚にトラブルがありますか？	Yes	No
8	Haben Sie derzeitig gesundheitliche Probleme? Haben Sie momentan Ihre Tage? Sind Sie derzeitig schwanger oder stillen Sie Ihr Baby?	現在、体調不良、または生理中、妊娠中、授乳中ですか？	Yes	No
9	Hatten Sie in den letzten 6 Monaten in Ihrer Augenregion schönheitschirurgische Eingriffe, eine LASIK-Operation oder permanente Make-ups? Oder beabsichtigen Sie, sich in der nahen Zukunft einem solchen Eingriff zu unterziehen?	目元の美容整形、レーシック、パーマネットメイクを過去 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	Beabsichtigen Sie, in der nahen Zukunft einen MRT oder eine Computertomographie vornehmen zu lassen?	MRI / CAT-SCAN の検査の予定はありますか？	Yes	No
11	Haben Sie invertierte Wimpern?	逆さまつげの症状はありますか？	Yes	No
12	Wurden Sie aufgrund eines grauen bzw. eines grünen Stars behandelt?	白内障/緑内障の治療を受けたことがありますか？	Yes	No
13	Haben Sie aufgrund eines Trockene-Augen-Syndroms eine Behandlung bekommen?	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	Bemerken Sie eine Schwellung um Ihre Wimpern herum, wenn Sie aus dem Schlaf erwachen?	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	Reagieren Sie allergisch auf Klebstoffe von Bandagen, Bändern, Pflastern oder anderen kosmetischen Artikeln?	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	Kommen Sie leicht ins Schwitzen? Oder erachten Sie Ihre Schweißsekretion als exzessiv?	汗をかきやすいと感じたことはありますか？	Yes	No
17	Fühlen Sie während Ihrer täglichen Aktivitäten eine Belastung Ihrer Augen?	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	Verwenden Sie täglich für eine lange Zeit einen Computer oder ein elektronisches Gerät?	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	Leiden Sie an Schlafmangel?	睡眠時間の不足を感じますか？	Yes	No
20	Nutzen Sie ein Auto, ein Motorrad und/oder ein Fahrrad?	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	Nutzen Sie derzeitig Augentropfen oder andere Artikel zur Augenreinigung?	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	Tragen Sie heute ein Make-up für die Augen?	今日は、アイメイクをしていますか？	Yes	No
23	Haben Sie heute einen Wimpernformer verwendet?	今日は、アイラッシュカールをつかいましたか？	Yes	No
24	Tragen Sie heute Mascara oder Wimpernverlängerungen?	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	Tragen Sie derzeitig Kontaktlinsen?	コンタクトレンズは装着していますか？	Yes	No

*Je nachdem wie Sie die Fragen beantwortet haben, können wir Ihnen unsere Dienste eventuell nicht zur Verfügung stellen.
*Kontaktieren Sie bitte unverzüglich den Techniker, sollten Sie während oder nach der Behandlung ein Unwohlsein bzw. einen Schmerz empfinden.
※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。



Consultation Sheet

DATE

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

1	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	1. هل كان لديك أي علاج تجميل لعينيك من قبل؟ (إذا كانت الإجابة بنعم، فيرجى تقديم التفاصيل: تمثد الرمش / تجعد الرمش / تصيغ الرمش / أخرى	Yes	No
2	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。	2. إذا واجهت أي مشاكل أو اضطرابات أو تشوهات أثناء/بعد العلاج، فيرجى تقديم التفاصيل	Yes	No
3	あなたは、目の周囲を含めて、アレルギーがありますか？	3. هل لديك أي حساسية بما في ذلك حساسية العين؟	Yes	No
4	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？	4. هل تلقيت علاجات لمشاكل في الجهاز التنفسي بما في ذلك الربو أو التهاب الشعب الهوائية؟	Yes	No
5	皮膚炎はありますか？	5. هل لديك التهاب الجلد/الأكزيما؟	Yes	No
6	現在、ものもらいや結膜炎などの症状がありますか？	6. هل لديك شحاذ عين أو التهاب ملتحمة في هذه اللحظة؟	Yes	No
7	現在、目の周囲の皮膚にトラブルがありますか？	7. هل لديك أي مشاكل جلدية حول عينيك في هذه اللحظة؟	Yes	No
8	現在、体調不良、または生理中、妊娠中、授乳中ですか？	8. هل لديك أي مشاكل صحية في هذه اللحظة؟ هل أنت في دورتك الشهرية هل أنت حامل حالياً أو مرضعة؟	Yes	No
9	目元美容整形、レーシック、パーマメントメイクを過去6ヶ月以内にしたり、または、今後、する予定がありますか？	9. هل أجريت لك أي عمليات جراحية تجميلية في منطقة عينيك، أو جراحة الليزك، أو مكياج العين الدائم في الأشهر الستة الأخيرة؟ أم أنك تخطط لتلقي واحدة في المستقبل القريب؟	Yes	No
10	MRI / CAT-SCAN の検査の予定はありますか？	10. هل تخطط لتلقي تصوير بالرنين المغناطيسي/تصوير بالأشعة المقطعية في المستقبل القريب؟	Yes	No
11	逆さまつげの症状はありますか？	11. هل لديك أي رمش/رموش مقلوب/ة؟	Yes	No
12	白内障/緑内障の治療を受けたことがありますか？	12. هل عانيت من إعتام عدسة العين / الزرق؟	Yes	No
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？	13. هل تلقيت علاجاً لمتلازمة العين الجافة؟	Yes	No
14	寝起きにまぶたの腫れを感じることはありますか？	14. هل تلاحظ تورماً حول جفونك بعد الاستيقاظ من النوم؟	Yes	No
15	絆創膏の粘着剤や化粧品で かぶれたことはありますか？	15. هل لديك حساسية من الضمادات اللاصقة أو الأشرطة أو البقع أو لأي من مستحضرات التجميل؟	Yes	No
16	汗をかきやすいと感じたことはありますか？	16. هل تعرق بسهولة؟ أو هل تعتبر تعرقك أكثر من اللازم؟	Yes	No
17	仕事や日常生活で、眼を酷使することはありますか？	17. هل تشعر بإجهاد العين من أنشطتك اليومية؟	Yes	No
18	日常的にコンピューターやタブレット端末などを 長時間使いますか？	18. هل تستخدم الكمبيوتر و/أو الأجهزة الكهربائية الأخرى لفترة طويلة على أساس يومي؟	Yes	No
19	睡眠時間の不足を感じますか？	19. هل تعاني من الحرمان من النوم؟	Yes	No
20	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？	20. هل تقود سيارة أو دراجة نارية و/أو دراجة هوائية؟	Yes	No
21	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？	21. هل تستخدم حالياً أي من قطرات العين أو أغراض غسل للعين؟	Yes	No
22	今日は、アイメイクをしていますか？	22. هل تضع أي من مكياج العين اليوم؟	Yes	No
23	今日は、アイラッシュカールをつかいましたか？	23. هل استخدمت بكرة الرمш اليوم؟	Yes	No
24	現在、まつげにマスカラやエクステが残っていますか？	24. هل تضع ماسكارا أو ملحقات الرمش اليوم؟	Yes	No
25	コンタクトレンズは装着していますか？	25. هل ترتدي العدسات اللاصقة الآن؟	Yes	No

※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。

قد لا تتمكن من تقديم خدماتنا وفقاً لإجاباتك.
يرجى التواصل مع الفني على الفور إذا كنت تشعر بأي إزعاج/ألم أثناء/بعد الإجراء.



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	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。

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

1	Já fez algum tratamento de beleza para os olhos anteriormente? Se Fez, por favor de detalhes: Extensão de Pestanas / Encaracolar Pestanas / Pintura de Pestanas / Outros()	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	Se teve problemas, dificuldades ou anormalidades durante/após o(s) tratamento(s), por favor de detalhes.	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	Tem alguma alergia incluindo alergias nos olhos?	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	Fez tratamentos para problemas respiratórios incluindo asma ou bronquite?	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	Tem dermatite / eczema?	皮膚炎はありますか？	Yes	No
6	Tem um terçolho ou conjuntivite neste 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	Tem algum problema de pele à volta dos olhos neste momento?	現在、目の周囲の皮膚にトラブルがありますか？	Yes	No
8	Tem algum problema de saúde neste momento? Está com o período? Está grávida ou a amamentar?	現在、体調不良、または生理中、妊娠中、授乳中ですか？	Yes	No
9	Fez alguma cirurgia estética na zona dos olhos ou cirurgia com LASIK ou maquilhagens permanentes nos últimos 6 meses?	目元の美容整形、レーシック、パーマメントメイクを過去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	Está a pensar fazer uma RM/TAC no futuro próximo?	MRI / CAT-SCAN の検査の予定はありますか？	Yes	No
11	Tem alguma pestana invertida?	逆まつげの症状はありますか？	Yes	No
12	Fez algum tratamento 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	Fez algum tratamento para o síndrome de olhos secos?	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 um inchaço à volta das pálpebras quando acorda?	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	É alérgico ao adesivo em ligaduras, fitas, pensos ou qualquer artigo de cosmética?	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	Sua facilmente? Ou considera o seu suor excessivo?	汗をかきやすいと感じたことはありますか？	Yes	No
17	Sente fadiga ocular nas suas atividades diárias?	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	Usa o computador e /ou outros aparelhos elétricos durante um longo período de tempo diariamente?	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	Tem privação de sono?	睡眠時間の不足を感じますか？	Yes	No
20	Conduz um carro, motociclo e/ou 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	Está a usar gotas para os olhos ou produtos para limpeza de olhos?	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	Está a usar maquilhagens hoje?	今日は、アイメイクをしていますか？	Yes	No
23	Usou encaracolador de pestanas hoje?	今日は、アイラッシュカールをつかいましたか？	Yes	No
24	Tem máscara ou extensões de pestanas hoje?	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	Está a usar lentes de contacto agora?	コンタクトレンズは装着していますか？	Yes	No

*Podemos não conseguir fornecer o nosso serviço, dependendo das suas respostas.
*Por favor, comunique de imediato ao técnico se sentir algum desconforto /dor durante/após o procedimento.
※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。

Consultation Sheet

DATE

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

1	Выполняли ли вы косметический уход за глазами ранее? Если да, укажите подробности: наращивание ресниц / завивка ресниц / окрашивание ресниц / прочее()	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	Если у вас наблюдались проблемы, сложности или аномалии в ходе этих процедур или после них, укажите подробности. 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	Есть ли у вас аллергии, в том числе аллергии, затрагивающие глаза? 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	Проходили ли вы лечение респираторных патологий, в том числе астмы и бронхита? 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	Страдаете ли вы дерматитом / экземой? 皮膚炎はありますか？		Yes	No
6	Наблюдается ли у вас в настоящее время ячмень или конъюнктивит? 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	Наблюдаются ли у вас в настоящее время проблемы с кожей вокруг глаз? 現在、目の周囲の皮膚にトラブルがありますか？		Yes	No
8	Имеются ли у вас в настоящее время какие-либо проблемы со здоровьем? Наблюдаются ли у вас месячные в настоящее время? Вы беременны или вскармливаете ребенка в настоящее время? 現在、体調不良、または生理中、妊娠中、授乳中ですか？		Yes	No
9	Выполняли ли вы косметические операции в области глаз, лазерную коррекцию по методике ЛАСИК или перманентный макияж глаз в течение последних 6 месяцев? Планируете ли вы сделать подобные операции в ближайшем будущем? 目の美容整形、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	Планируете ли вы проходить МРТ или КТ в ближайшем будущем? MRI / CAT-SCAN の検査の予定はありますか？		Yes	No
11	Наблюдается ли у вас эпиплефарон? 逆さまつげの症状はありますか？		Yes	No
12	Проходили ли вы лечение катаракты/глаукомы? 白内障／緑内障の治療を受けたことがありますか？		Yes	No
13	Проходили ли вы лечение сухого кератита? 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	Наблюдается ли у вас отечность вокруг век после пробуждения? 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	Есть ли у вас аллергии на бандаж, пленки, патчи или какие-либо косметические средства? 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	Легко ли вы потеете? Считаете ли вы, что у вас избыточное потоотделение? 汗をかきやすいと感じたことはありますか？		Yes	No
17	Устают ли у вас глаза в ходе повседневной деятельности? 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	Используете ли вы компьютер и/или иные электронные устройства продолжительное время ежедневно? 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	Наблюдается ли у вас депривация сна? 睡眠時間の不足を感じますか？		Yes	No
20	Водите ли вы автомобиль, мотоцикл и/или велосипед? 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	Используете ли вы в настоящее время глазные капли или средства для промывки глаз? 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	Наносили ли вы сегодня макияж на глаза? 今日は、アイメイクをしていますか？		Yes	No
23	Использовали ли вы щипчики для подкручивания ресниц сегодня? 今日は、アイラッシュカールをつかいましたか？		Yes	No
24	Наносили ли вы тушь или накладные ресницы сегодня? 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	Используете ли вы контактные линзы в настоящее время? コンタクトレンズは装着していますか？		Yes	No

*В предоставлении услуг может быть отказано на основании ваших ответов.
*При возникновении дискомфорта/боли в ходе процедуры или после нее немедленно свяжитесь с техническим специалистом.
※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。



Consultation Sheet

DATE

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

1	Pernakah 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／まつげティント／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	Pernakah 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	Pernakah 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、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	Pernakah 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	Pernakah 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 ketidakselesaian/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。

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: Nối 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／まつげディント／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 lệ 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せんか？	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 nối 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。