

顧客資料

COUNSELING SHEET

年 月 日

姓名			生日	年	月	日 (才)
地址	<input type="text"/>					
電話	— —		手機	— —		
E-mail						

1	之前有嘗試過包含種睫毛、做臉等美容服務嗎？ <small>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？</small>	是	否
2	上記問題回答「是」者，在施術過程中有發生皮膚紅腫、發癢等症狀嗎？ <small>上記で「はい」とお答え頂いた方にお聞きます。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？</small>	是	否
3	不限於眼周，有任何的過敏史嗎？ <small>目元に限らず、何かのアレルギー症状をお持ちですか？</small>	是	否
4	有接受哮喘治療的病史紀錄嗎？ <small>喘息と診断され治療を受けたことがありますか？</small>	是	否
5	之前有過皮膚炎的症狀並接受過治療嗎？ <small>皮膚炎と診断され治療を受けたことがありますか？</small>	是	否
6	目前眼睛有結膜炎或針眼的症狀嗎？ <small>現在、ものもらいや結膜炎などの症状がありますか？</small>	是	否
7	目前眼周的皮膚有任何不適嗎？ <small>現在、目の周りの皮膚にトラブルがありますか？</small>	是	否
8	今天有身體不適或正生理期中、懷孕中、哺乳中嗎？ <small>現在、体調不良または生理中、妊娠中、授乳中ですか？</small>	是	否
9	在最近 6 個月內有做過眼部手術、眼周微整形、雷射近視手術及紋繡眉眼線嗎？ 或是之後有預定做這些項目嗎？ <small>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？</small>	是	否
10	最近有做斷層掃描的打算嗎？ <small>MRI・CTスキャン検査の予定はありますか？</small>	是	否
11	自己睫毛有倒插的情形嗎？ <small>逆さまつげの症状はありますか？</small>	是	否
12	曾經接受過白內障、綠內障的治療嗎？ <small>白内障、緑内障などの治療を受けたことがありますか？</small>	是	否
13	之前有過乾眼症狀並接受過治療嗎？ <small>ドライアイと診断され治療を受けたことがありますか？</small>	是	否
14	睡醒時常感到臉部水腫嗎？ <small>寝起きに顔の腫れを感じることはありますか？</small>	是	否
15	有曾經因為貼 OK 繃而發炎過敏嗎？ <small>絆創膏でかぶれたことはありますか？</small>	是	否
16	本身屬於易出汗體質嗎？ <small>汗をかきやすいと感じたことはありますか？</small>	是	否
17	在職場或日常生活中會過度使用眼睛嗎？ <small>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？</small>	是	否
18	經常長時間使用桌上型電腦、平板電腦、智慧型手機嗎？ <small>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？</small>	是	否
19	常常感到睡眠不足嗎？ <small>睡眠時間の不足を感じることはありますか？</small>	是	否
20	有開車、騎機車或腳踏車嗎？ <small>車・バイク・自転車の運転をすることはありますか？</small>	是	否
21	現在有使用眼藥水或洗眼液嗎？ <small>現在、点眼薬・洗眼薬を使用することはありますか？</small>	是	否
22	今天有化妝來店嗎？ <small>今日、アイメイクをしていますか？</small>	是	否
23	今天有使用睫毛夾嗎？ <small>今日、ビューラーを使用しましたか？</small>	是	否
24	現在睫毛上還有睫毛膏或假睫毛（種睫毛）的殘留嗎？ <small>現在、まつ毛にマスカラ、エクステなどが残っていますか？</small>	是	否
25	今天有戴隱形眼鏡嗎？ <small>コンタクトレンズは装着されていますか？</small>	是	否

* 我們會根據您做的回答，有可能會判斷無法施術，若術後有感到任何不適請儘快與我們聯絡。

※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。