

カウンセリングシート

COUNSELING SHEET

年 月 日

フリガナ				生年月日	昭和 平成	年	月	日 (才)
お名前								
ご住所	<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うことはありますか？	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、まつ毛にマスカラ、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。