

☆ お手数ですが以下の質問にご回答下さい ☆

年 月 日

No.

お名前

ご住所

お電話番号

当店からのご連絡
 OK / NG

メールアドレス

当店からのご連絡
 OK / NG

生年月日

① 眼科に通院中、又は通院していましたか？

はい
 いいえ

『はい』の方は詳しい内容と通院時期をお書き下さい

② まぶたがかぶれたり、ただれたりした事がありますか？

はい
 いいえ

『はい』の方は症状をお書き下さい

③ つけまつ毛やアイプチ等で皮膚トラブルが出た事がありますか？

はい
 いいえ

『はい』の方は症状をお書き下さい

④ 花粉症等のアレルギー、又はアトピー等がありますか？
又、お肌は敏感な方ですか？

はい
 いいえ

『はい』の方は症状をお書き下さい

⑤ 今後アートメイクや、目の周りの整形を予定していますか？
または行いましたか？

はい
 いいえ

『はい』の方は施術内容と時期をお書き下さい

⑥ まつ毛パーマをかけていますか？

はい
 いいえ

⑦ 妊娠中ですか？

はい
 いいえ

ご回答ありがとうございました。