

植睫諮詢表

COUNSELING SHEET

JOVISA



年 月 日

個人資料

姓名		生日	
地址			
電話		手機	
E-mail			

- 之前有嘗試過包含種睫毛、做臉等美容服務嗎？ Yes No
- 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？ Yes No
- 不限於眼周，有任何的過敏史嗎？ Yes No
- 有接受哮喘治療的病史紀錄嗎？ Yes No
- 之前有過皮膚炎的症狀並接受過治療嗎？ Yes No
- 目前眼睛有結膜炎或針眼的症狀嗎？ Yes No
- 目前眼周的皮膚有任何不適嗎？ Yes No
- 今天有身體不適或正生理期中、懷孕中、哺乳中嗎？ Yes No
- 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？ Yes No
- 在最近6個月內有預定上記問題的項目嗎？ Yes No
- 最近有做斷層掃描的打算嗎？ Yes No
- 自己睫毛有倒插的情形嗎？ Yes No
- 在職場或日常生活中會過度使用眼睛嗎？ Yes No
- 經常長時間使用上型電腦、平板電腦、智慧型手機嗎？ Yes No
- 本身屬於易出汗體質嗎？ Yes No
- 有曾經因為貼ok繭而發炎過敏嗎？ Yes No
- 睡醒時常感到臉部水腫嗎？ Yes No
- 曾經接受過白內障、綠內障的治療嗎？ Yes No
- 之前有過乾眼症狀並接受過治療嗎？ Yes No
- 常常感到睡眠不足嗎？ Yes No
- 有開車、騎機車或腳踏車嗎？ Yes No
- 現在有使用眼藥水或洗眼液嗎？ Yes No
- 今天有化妝來店嗎？ Yes No
- 今天有使用睫毛夾嗎？ Yes No
- 現在睫毛上還有睫毛膏或假睫毛(種睫毛)的殘留嗎？ Yes No
- 今天有戴隱形眼鏡嗎？ Yes No

*我們會根據您的回答，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。

備註