

F1 あなたの性別をお知らせください。(ひとつだけ)

- 1. 男性
- 2. 女性

F2 あなたの年齢をお知らせください。(半角数字をご入力ください)

歳

F3 あなたの住んでいる都道府県をお知らせください。(ひとつだけ)

--- 選択して下さい --- ▼

F4 あなたは、ご結婚されていますか。(ひとつだけ)

- 1. 結婚していない
- 2. 結婚している
- 3. 結婚したが、死別・離別している

F5 あなたご自身にお子さまはいらっしゃいますか。  
次の中からあてはまるものをひとつお知らせください。(ひとつだけ)

- 1. 同居している子ども(末子が未就学児)がいる
- 2. 同居している子ども(末子が小中学生)がいる
- 3. 同居している子ども(末子が高校・大学以上の学生)がいる
- 4. 同居している子ども(末子が社会人)がいる
- 5. 同居はしていないが子どもがいる
- 6. 子どもはいない

F6 あなたご自身およびご同居のご家族で、以下の業種に従事されている方はいらっしゃいますか。  
あてはまるものをすべてお知らせください。(いくつでも)

- 1. 農業・林業・漁業・鉱業
- 2. 建設業
- 3. 製造業(食料・飲料(酒類除く))
- 4. 製造業(酒類)
- 5. 製造業(衣服・繊維製品)
- 6. 製造業(石けん・合成洗剤・医薬品・化粧品)
- 7. 製造業(日用品)
- 8. 製造業(製紙・パルプ)
- 9. 製造業(石油製品)
- 10. 製造業(AV・家電・電気機械器具)
- 11. 製造業(コンピュータ)
- 12. 製造業(自動車・輸送機器)
- 13. 製造業(その他)
- 14. 卸売・小売業(食料・飲料(酒類除く))
- 15. 卸売・小売業(酒類)
- 16. 卸売・小売業(衣服・繊維製品)

- 17. 卸売・小売業(石けん・合成洗剤・医薬品・化粧品)
- 18. 卸売・小売業(日用品)
- 19. 卸売・小売業(製紙・パルプ)
- 20. 卸売・小売業(石油製品)
- 21. 卸売・小売業(AV・家電・電気機械器具)
- 22. 卸売・小売業(コンピュータ)
- 23. 卸売・小売業(自動車・輸送機器)
- 24. 卸売・小売業(その他)
- 25. 鉄鋼業
- 26. 出版・印刷関連産業
- 27. 電気・ガス・熱供給・水道業
- 28. 運送・輸送業
- 29. 旅行業
- 30. 電気通信業
- 31. 飲食店
- 32. 金融業
- 33. 保険業
- 34. 不動産業
- 35. サービス業(旅館・その他の宿泊所・娯楽業)
- 36. サービス業(その他)
- 37. 放送業
- 38. ソフトウェア・情報サービス業
- 39. 調査業・広告代理業
- 40. 医療業
- 41. 協同組合・教育関連・公務員
- 42. 勤めていない(専業主婦・学生などを含む)
- 43. その他

**F7** あなたの職業をお知らせください。(ひとつだけ)

- 1. 小学生
- 2. 中学生
- 3. 高校生・高専生
- 4. 専門学校生
- 5. 短大生
- 6. 大学生
- 7. 大学院生
- 8. その他の学生
- 9. 公務員
- 10. 会社の経営者・役員
- 11. 会社員(正社員)
- 12. 会社員(契約社員)
- 13. 会社員(派遣社員)
- 14. 自営業
- 15. 自由業
- 16. 専業主婦
- 17. パート・アルバイト
- 18. その他の職業(学生を除く)
- 19. 無職

◆あなたご自身についてうかがいます

**Q1** 次の事がらについて、あなたの生活の中でそれぞれ、どの程度重視していますか。(それぞれひとつずつ)

		1	2	3	4	5
		重視して いる と ても	重視して いる	重 視 し て い る や や	重 視 し て い ない ほ と ん ど	重 視 し て い ない
a.	カジュアルな服	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b.	ビジネス用の服	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

c.	宝飾品などのアクセサリ	→	○	○	○	○	○
d.	バッグ	→	○	○	○	○	○
e.	靴	→	○	○	○	○	○
f.	飲食店での食事	→	○	○	○	○	○
g.	自宅での食事	→	○	○	○	○	○
h.	お菓子・嗜好品	→	○	○	○	○	○
i.	健康食品	→	○	○	○	○	○
j.	住宅(マンション・戸建てなど不動産)	→	○	○	○	○	○
k.	インテリア	→	○	○	○	○	○
l.	ガーデニング	→	○	○	○	○	○
m.	旅行	→	○	○	○	○	○
n.	映画・観劇・コンサート	→	○	○	○	○	○
o.	美術館・博物館などの鑑賞	→	○	○	○	○	○
p.	陶芸・絵画・華道・茶道など趣味の習い事	→	○	○	○	○	○
q.	読書	→	○	○	○	○	○
r.	学習(語学・資格取得・各種生涯学習)	→	○	○	○	○	○
s.	スポーツをすること	→	○	○	○	○	○
t.	スポーツ観戦	→	○	○	○	○	○
			1	2	3	4	5
			重視 とても している	重視 している	重視 やや している	重視 ほとんど していない	重視 していない
u.	スキンケアを行うこと	→	○	○	○	○	○
v.	メイクを行うこと	→	○	○	○	○	○
w.	スキンケア化粧品	→	○	○	○	○	○
x.	メイクアップ化粧品	→	○	○	○	○	○
y.	美容サプリメント・美容健康食品	→	○	○	○	○	○
z.	美容院	→	○	○	○	○	○
aa.	エステティックサロン	→	○	○	○	○	○
ab.	岩盤浴などの美容スパ	→	○	○	○	○	○
ac.	ネイルサロン	→	○	○	○	○	○
ad.	美容クリニック	→	○	○	○	○	○
ae.	プチ整形(メスを使わず、効果は一時的な美容整形)	→	○	○	○	○	○
af.	ダイエット	→	○	○	○	○	○
ag.	インターネットサイトの閲覧	→	○	○	○	○	○
ah.	ブログ作成や書き込みなど、インターネットサイトへの参加	→	○	○	○	○	○
ai.	携帯電話での会話	→	○	○	○	○	○
aj.	携帯電話でのメール	→	○	○	○	○	○
ak.	ボランティア活動	→	○	○	○	○	○
al.	ペット	→	○	○	○	○	○
			1	2	3	4	5
			重視 とても している	重視 している	重視 やや している	重視 ほとんど していない	重視 していない



p.	その他のポイントメイク 具体的に【 <input type="text"/> 】	→	<input type="radio"/>							
		1	2	3	4	5	6	7	8	
			毎日	週に5～6日くらい	週に3～4日くらい	週に1～2日くらい	月に1～3日くらい	半年に1～3日くらい	年に1日以下	使わない

**Q6** あなたは、ふだんの生活で化粧直しをするとき、どのようなメイクアップ化粧品アイテムを使いますか。  
あてはまるものをすべてお知らせください。(いくつでも)

- 1. アンダーメイク(下地料)
- 2. コントロールカラー
- 3. コンシーラー
- 4. ファンデーション
- 5. その他のベースメイク 具体的に【】
- 6. アイシャドー
- 7. アイブロー
- 8. アイライナー
- 9. マスカラ
- 10. チークカラー
- 11. フェイスカラー
- 12. フェイスパウダー(お粉)
- 13. リップライナー
- 14. 口紅
- 15. リップグロス
- 16. その他のポイントメイク 具体的に【】
- 17. 化粧直しはしていない

**Q7** 現在お使いのメイクアップ化粧品アイテムのうち、あなたにとって重要だと思うアイテムをすべてお知らせください。(いくつでも)

- 1. アンダーメイク(下地料)
- 2. コントロールカラー
- 3. コンシーラー
- 4. ファンデーション
- 5. その他のベースメイク
- 6. アイシャドー
- 7. アイブロー
- 8. アイライナー
- 9. マスカラ
- 10. チークカラー
- 11. フェイスカラー
- 12. フェイスパウダー(お粉)
- 13. リップライナー
- 14. 口紅
- 15. リップグロス
- 16. その他のポイントメイク
- 17. 重要だと思うアイテムはない

**Q8** 非公開

◆お顔へのメイクアップ化粧品のご購入についてうかがいます

Q9 1ヶ月平均して、メイクアップ化粧品にあなたがお使いになる金額をお知らせください。(ひとつだけ)

- 1. 500円未満
- 2. 500～1,000円未満
- 3. 1,000～1,500円未満
- 4. 1,500～2,000円未満
- 5. 2,000～2,500円未満
- 6. 2,500～3,000円未満
- 7. 3,000～4,000円未満
- 8. 4,000～5,000円未満
- 9. 5,000～7,500円未満
- 10. 7,500～10,000円未満
- 11. 10,000～15,000円未満
- 12. 15,000～20,000円未満
- 13. 20,000～30,000円未満
- 14. 30,000～50,000円未満
- 15. 50,000円以上
- 16. わからない
- 17. 自分では購入していない

Q10 先程お答えいただいた金額【前問選択内容】は、あなたがメイクアップ化粧品にかける1ヶ月の金額としてどのように思われますか。(ひとつだけ)

- 1. とてもお金をかけすぎている
- 2. ややお金をかけすぎている
- 3. ちょうどよい金額
- 4. やや不十分な金額
- 5. とても不十分な金額

Q11-1 あなたは現在、メイクアップ化粧品をどのようなところで買っていますか。(いくつでも)

Q11-2 そのうち、最もよく買っているところをひとつだけお知らせください。(ひとつだけ)

		Q11-1	Q11-2
		買 っ て い る と こ ろ	買 っ て い る と こ ろ
		↓	↓
1.	デパート・百貨店の化粧品カウンター	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
2.	大型スーパーの化粧品コーナー (ダイエー、イトーヨーカドー、西友など)	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
3.	化粧品専門店舗	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
4.	薬局(薬の販売が主な店)	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
5.	ディスカウントストア (ドン・キホーテ、ジャパンなど)	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
6.	ドラッグストア (マツモトキヨシ、セガミなど)	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
7.	コンビニエンスストア	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>





	5,000円未満														
12.	1 5,000円～ 20,000円未満	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
13.	2 0,000円～ 30,000円未満	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
14.	3 0,000円～ 50,000円未満	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
15.	5 0,000円以上	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
16.	わからない	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
17.	自分では購入していない	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
		a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l	m	n
		アンダーメイク(下地料)	コントロールカラー	コンシーラー	ファンデーション	アイシャドー	アイブロー	アイライナー	マスカラ	チークカラー	フェイスカラー	フェイスパウダー(お粉)	リップライナー	口紅	リップグロス

Q13-1 あなたは、ふだんの生活でメイクをするとき、どのようなメイクをされていますか。次の中から、あてはまるものをすべてお知らせください。(いくつでも)

Q13-2 そのうち、あなたが重視しているメイクをすべてお知らせください。(いくつでも)

	Q13-1	Q13-2
	行って	重視し



3.	コンシーラー	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	ファンデーション	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	その他のベースメイク	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	アイシャドー	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	アイブロー	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	アイライナー	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	マスカラ	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	チークカラー	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	フェイスカラー	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	フェイスパウダー(お粉)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	リップライナー	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	口紅	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	リップグロス	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	その他のポイントメイク	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k
		唇へのメイク (口紅、リップグロスなどでのメイク)	眉へのメイク (アイブローなどでのメイク)	まぶたへのメイク (アイシャドーなどでのメイク)	目のふちへのメイク (アイラインなどでのメイク)	まつ毛へのメイク (マスカラなどでのメイク)	ほほへのメイク (チークカラーなどでのメイク)	顔全体へのベースメイク (ファンデーションなどでのメイク)	顔の一部分をカバーするメイク (コンシーラーなどでのメイク)	顔の色を補正するメイク (コントロールカラーなどでのメイク)	顔を立体的にみせるメイク (フェイスカラーなどでのメイク)	その他のメイク

**Q15-2** そのうち、最も大きな理由をひとつだけお知らせください。(ひとつだけ)

		Q15-1	Q15-2
		メイクを行う理由	最も大きな理由
		↓	↓
1.	人前でメイクをしていないのは恥ずかしい	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/>
2.	身だしなみとしてメイクすることが普通だから	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/>
3.	世間の流行にあわせるために	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/>
4.	自分の気になるところをカバーするために	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/>
5.	自分の気になるところを修正するために	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/>
6.	自分がより魅力的に見えるように	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/>
7.	自分の印象を強くするために	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/>
8.	よりいきいきした印象にするため	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/>
9.	整った顔立ちに見せるため	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/>
10.	服やヘアスタイルと合わせ全体で自分のイメージアップをはかる	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/>
11.	もとの自分の印象を変えて求める印象に近づけるため	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/>
12.	周りの仲間と協調するために	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/>
13.	自分なりのスタイルを表現するために	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/>
14.	その他(具体的に: <input type="text"/> )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/>
15.	わからない	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/>
		Q15-1	Q15-2
		メイクを行う理由	最も大きな理由

◆お顔へのスキンケアに関してうかがいます

**Q16** あなたは、化粧品を使ってお顔へのスキンケアを行っていますか。(ひとつだけ)

- 1. 毎日行っている
- 2. ほぼ毎日行っている
- 3. ときどき行っている
- 4. 行ったことはあるが、現在はまったく行っていない
- 5. 今までまったく行ったことがない

◆お顔へのスキンケアについて、あなたが期待していることをうかがいます

**Q17** あなたは、化粧品を使ってスキンケアをすることで、どのような効果を期待しますか。あてはまるものをすべてお知らせください。(いくつでも)

- 1. 潤いを与える
- 2. ハリを与える
- 3. 透明感を与える
- 4. やわらかさを与える

- 5. キメを整える
- 6. 化粧のりを良くする
- 7. カサつき・乾燥を防ぐ
- 8. シミを防ぐ
- 9. シワを防ぐ
- 10. くすみを解消する
- 11. たるみを解消する
- 12. 毛穴の汚れをとる
- 13. 毛穴を目立たなくする
- 14. ザラつき・ゴワつきを解消する
- 15. 目のまわりのクマを解消する
- 16. 色むらを解消する
- 17. 赤みを解消する
- 18. 汗の出すぎを解消する
- 19. 脂っぽさを解消する
- 20. ニキビ・吹き出物をなおす
- 21. 紫外線・UVから保護する
- 22. 美白・ホホワイトニング効果がある
- 23. ターンオーバー(皮膚の生まれ変わり)を促進する
- 24. アンチエイジング効果がある
- 25. アトピー対応である
- 26. 敏感肌対応である
- 27. 特にない

◆現在行っているお顔へのスキンケアについてうかがいます

Q18 現在あなたは、朝(1日のはじめ)、夜(1日のおわり)に行うスキンケアそれぞれにおいて、次のスキンケア化粧品アイテムをどの程度使いますか。(それぞれひとつずつ)

朝(1日のはじめ)

		1	2	3	4	5	6	7	8
		毎 回	週 に 5 ~ 6 回 く ら い	週 に 3 ~ 4 回 く ら い	週 に 1 ~ 2 回 く ら い	月 に 1 ~ 3 回 く ら い	半 年 に 1 ~ 3 回 く ら い	7 年 に 1 回 以 下	使 わ な い
a.	クレンジング(メイク落とし用)	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
b.	洗顔料	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
c.	マッサージ料	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
d.	シートパック	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
e.	パック(シート状ではないもの)	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
f.	化粧水	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
g.	美容液	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
h.	乳液	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
i.	クリーム	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
j.	日焼け止め、UVカットクリーム	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
k.	その他 (具体的に: <input type="text"/> )	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				

夜(1日のおわり)

		1	2	3	4	5	6	7	8
		毎 週	週	週	週	月	半	年	使

		回	に 5 ~ 6 回 く ら い	に 3 ~ 4 回 く ら い	に 1 ~ 2 回 く ら い	に 1 ~ 3 回 く ら い	年 に 1 ~ 3 回 く ら い	に 1 回 以 下	わ な い
a.	クレンジング(メイク落とし用)	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
b.	洗顔料	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
c.	マッサージ料	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
d.	シートパック	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
e.	パック(シート状ではないもの)	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
f.	化粧水	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
g.	美容液	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
h.	乳液	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
i.	クリーム	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
j.	日焼け止め、UVカットクリーム	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
k.	その他 (具体的に: _____)	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				

**Q19** 現在お使いのスキンケア化粧品アイテムのうち、あなたにとって重要だと思うアイテムをすべてお知らせください。(いくつでも)

- 1. クレンジング(メイク落とし用)
- 2. 洗顔料
- 3. マッサージ料
- 4. シートパック
- 5. パック(シート状ではないもの)
- 6. 化粧水
- 7. 美容液
- 8. 乳液
- 9. クリーム
- 10. 日焼け止め、UVカットクリーム
- 11. その他のスキンケアアイテム
- 12. 重要だと思うアイテムはない

**Q20** あなたは、現在お使いの化粧品でスキンケアをすることで、実際に、どのような効果があったと感じていますか。あてはまるものをすべてお知らせください。(いくつでも)

- 1. 潤いを与える
- 2. ハリを与える
- 3. 透明感を与える
- 4. やわらかさを与える
- 5. キメを整える
- 6. 化粧のりを良くする
- 7. カサつき・乾燥を防ぐ
- 8. シミを防ぐ
- 9. シワを防ぐ
- 10. くすみを解消する
- 11. たるみを解消する
- 12. 毛穴の汚れをとる
- 13. 毛穴を目立たなくする
- 14. ザラつき・ゴワつきを解消する
- 15. 目のまわりのクマを解消する
- 16. 色むらを解消する
- 17. 赤みを解消する
- 18. 汗の出すぎを解消する
- 19. 脂っぽさを解消する

- 
- 20. ニキビ・吹き出物をなおす
- 21. 紫外線・UVから保護する
- 22. 美白・ホワイトニング効果がある
- 23. ターンオーバー(皮膚の生まれ変わり)を促進する
- 24. アンチエイジング効果がある
- 25. アトピー対応である
- 26. 敏感肌対応である
- 27. 特にない

Q21 非公開

◆お顔へのスキンケア化粧品のご購入についてうかがいます

Q22 1ヶ月平均して、スキンケア化粧品にあなたがお使いになっている金額を教えてください。(ひとつだけ)

- 1. 500円未満
- 2. 500～1,000円未満
- 3. 1,000円～1,500円未満
- 4. 1,500円～2,000円未満
- 5. 2,000円～2,500円未満
- 6. 2,500円～3,000円未満
- 7. 3,000円～4,000円未満
- 8. 4,000円～5,000円未満
- 9. 5,000円～7,500円未満
- 10. 7,500円～10,000円未満
- 11. 10,000円～15,000円未満
- 12. 15,000円～20,000円未満
- 13. 20,000円～30,000円未満
- 14. 30,000～50,000円未満
- 15. 50,000円以上
- 16. わからない
- 17. 自分では購入していない

Q23 先程お答えいただいた金額【前問選択内容】は、あなたがスキンケア化粧品にかける1ヶ月の金額としてどのように思われますか。(ひとつだけ)

- 1. とてもお金をかけすぎている
- 2. ややお金をかけすぎている
- 3. ちょうどよい金額
- 4. やや不十分な金額
- 5. とても不十分な金額

Q24-1 あなたは現在、どのようなところで、スキンケア化粧品アイテムを買われますか。(いくつでも)

Q24-2 そのうち、最もよく買われるところをひとつだけお知らせください。(ひとつだけ)

		Q24-1	Q24-2
		買っているところ	最もよく買っているところ
		↓	↓
1.	デパート・百貨店の化粧品カウンター	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/>

2.	大型スーパーの化粧品コーナー (ダイエー、イトーヨーカドー、西友など)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/>
3.	化粧品専門店舗	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/>
4.	薬局(薬の販売が主な店)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/>
5.	ディスカウントストア (ドン・キホーテ、ジャパコなど)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/>
6.	ドラッグストア (マツモトキヨシ、サンドラック、セガミなど)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/>
7.	コンビニエンスストア	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/>
8.	100円ショップ	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/>
9.	訪問販売	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/>
10.	インターネットでの通信販売	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/>
11.	テレビでの通信販売	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/>
12.	雑誌・新聞での通信販売	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/>
13.	カタログでの通信販売	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/>
14.	エステティックサロン	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/>
15.	美容クリニック	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/>
16.	海外・免税店	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/>
17.	インターネットオークション	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/>
18.	友人・知人から	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/>
19.	その他 (具体的に: <input type="text"/> )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/>
20.	わからない	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/>
		Q24-1	Q24-2
		スキンケア化粧品を 買っているところ	最もよく 買っているところ

Q25 現在お使いのスキンケア化粧品アイテムを買われたときのお値段をお知らせください。(それぞれひとつずつ)  
※ 同じアイテムを複数お使いの方は、主に使われるものについてお知らせください。

	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j
	(クレンジングと メイク落とし)	洗顔料	マッサージ料	シートパック	(パック シート状で)	化粧水	美容液	乳液	クリーム	日焼け止め、 UVカット剤



	円未満										
11.	10,000円～15,000円未満	<input type="radio"/>									
12.	15,000円～20,000円未満	<input type="radio"/>									
13.	20,000円～30,000円未満	<input type="radio"/>									
14.	30,000円～50,000円未満	<input type="radio"/>									
15.	50,000円以上	<input type="radio"/>									
16.	わからない	<input type="radio"/>									
17.	自分では購入していない	<input type="radio"/>									
		a	b	c	d	e	f	g	h	i	j
		クレンジング (メイク落とし用)	洗顔料	マッサージ料	シートパック	パック (シート状ではないもの)	化粧水	美容液	乳液	クリーム	日焼け止め、 UVカットクリーム

◆ 年齢に関する意識についてお伺いします。  
 次にあげるそれぞれの質問について、あなたが思っている年齢の数字をご記入ください。(半角数字をご記入ください)

Q26-1 あなたは、まわりから何歳くらいに見られたいと思っていますか。

歳くらい

Q26-2 あなたの顔の肌年齢は、現在何歳くらいだと思っていますか。

歳くらい

Q27 あなたは、今のご自分の顔の肌状態についてどう思っていますか。(ひとつだけ)

- 1. とても良いと思う
- 2. 良いほうだと思う
- 3. 普通
- 4. やや良くないほうだと思う
- 5. 良くないと思う

Q28 あなたはこれまでに、顔の肌の老化を感じたことはありますか。肌の老化を感じたことがある方は、何歳くらいで感じたかをお知らせください。また、肌の老化を感じたことがない方は、何歳くらいで老化を感じると予想しているかお知らせください。(ひとつだけ)

- 1. 肌の老化を感じたことがある→()歳くらい(半角数字をご記入ください)
- 2. 肌の老化を感じたことがあるが、いつごろかはわからない
- 3. 肌の老化を感じたことがない→()歳くらいで老化を感じると予想(半角数字をご記入ください)
- 4. 肌の老化を感じたことがなく、いつごろに老化を感じるかはわからない

Q29-1 あなたが現在感じている、顔の肌の老化は、どのようなことですか。老化として感じているものとして、あてはまるものをすべてお知らせください。(いくつでも)

Q29-2 そのうち、最もよく感じているお肌の老化をひとつだけお知らせください。(ひとつだけ)

		Q29-1	Q29-2
		感じているもの	最も感じているもの
		↓	↓
1.	小ジワ・シワ	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
2.	ホウレイセンの目立ち	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
3.	ハリของなさ	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
4.	シミ・そばかす	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
5.	くすみ	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
6.	たるみ	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
7.	毛穴の開きの目立ち	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
8.	毛穴の汚れの目立ち	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
9.	カサつき・乾燥	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
10.	脂っぽさ	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
11.	吹き出物・ニキビ	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
12.	肌荒れ	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
13.	肌のつっぱり	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
14.	肌が敏感		<input type="radio"/>

		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	化粧のりが悪い	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/>
16.	化粧くずれしやすい	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/>
17.	肌のキメがあら	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/>
18.	肌の色むら	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/>
19.	肌の血色が悪い	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/>
20.	目のまわりのクマ	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/>
21.	その他( )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/>
22.	わからない	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/>
23.	特にな	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/>

**Q30** あなたは現在、お顔の肌の老化をどの程度感じていますか。(ひとつだけ)

- 1. とても老化を感じている
- 2. 老化を感じている
- 3. やや老化を感じている
- 4. ほとんど老化を感じることはない
- 5. 老化を感じることはない

**Q31-1** あなたが将来不安に思うお肌の老化は、どのようなことですか。あてはまるものをすべてお知らせください。(いくつでも)

**Q31-2** そのうち、将来最も不安に思うお肌の老化をひとつだけお知らせください。(ひとつだけ)

		Q31-1	Q31-2
		感じて いる もの	最も 感じて いる もの
		↓	↓
1.	小ジワ・シワ	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/>
2.	ホウレイセンの目立ち	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/>
3.	ハリなさ	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/>
4.	シミ・そばかす	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/>
5.	くすみ	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/>
6.	たるみ	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/>
7.	毛穴の開きの目立ち	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/>
8.	毛穴の汚れの目立ち	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/>
9.	かさつき・乾燥	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/>
10.	脂っぽさ	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/>
11.	吹き出物・ニキビ	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/>
12.	肌荒れ	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/>
13.	肌のつっぱり	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/>
14.	肌が敏感	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/>
15.	化粧のりが悪い	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/>
16.	化粧くずれしやすい	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/>

17.	肌のキメがあら	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/>
18.	肌の色むら	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/>
19.	肌の血色が悪い	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/>
20.	目のまわりのクマ	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/>
21.	その他( )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/>
22.	わからない	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/>
23.	特にな	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/>

**Q32** お顔の肌について、将来の肌の老化の進行をどの程度不安とっていますか。(ひとつだけ)

- 1. とても不安
- 2. 不安
- 3. やや不安
- 4. ほとんど不安とっていない
- 5. 不安とっていない

**Q33** あなたは「アンチエイジング」という言葉を聞いてどう思われますか。(ひとつだけ)

- 1. 絶対必要なので、ぜひ積極的に行っていきい・積極的に行っている
- 2. 心がけたほうがいいと思うので行っている
- 3. 心がけたほうがいいと思うがどうしたらよいかかわからないので行っていない
- 4. 興味はあるが自分で何かを行うつもりはない
- 5. 興味はあるが、まだ自分の年齢では早いので行っていない
- 6. 言葉は知っているが、特に興味はない
- 7. 言葉を知らない・聞いたことがない
- 8. その他( )

◆お顔の肌に関するアンチエイジングに関してうかがいます

**Q34** あなたにとって、お顔の肌に関する「アンチエイジング」は、肌をどのような状態にする考えと思われますか。次の中から、あなたのお考えに最も近いものをお知らせください。(ひとつだけ)

- 1. 年齢に関わらず、加齢現象のわからない若い肌状態にすること
- 2. 年齢に関わらず、加齢現象の少ない肌状態にすること
- 3. (加齢があっても)同年齢の人より若く見られるマイナス年齢肌にする
- 4. 年齢相応よりは若く見られる肌にする
- 5. 年齢相応より老けて見られない肌にする

**Q35** あなたは、お顔のアンチエイジングにどの程度興味がありますか。(ひとつだけ)

- 1. とても興味がある
- 2. 興味がある
- 3. やや興味がある
- 4. ほとんど興味がない
- 5. 興味がない

◆アンチエイジングを目的とする化粧品でのスキンケアに関してうかがいます

**Q36** あなたは、アンチエイジングを目的とする化粧品を使ってスキンケアをすることで、どのような効果を期待しますか。あてはまるものをすべてお知らせください。(いくつでも)

- 1. シワを防ぐ・解消する

- 2. ホウレイセンを目立たなくする
- 3. ハリを与える
- 4. シミ・そばかすを防ぐ・解消する
- 5. くすみを解消する
- 6. たるみを解消する
- 7. 毛穴を目立たなくする
- 8. 毛穴の汚れをとる
- 9. カサつき・乾燥を防ぐ
- 10. 脂っぽさを解消する
- 11. ニキビ・吹き出物をなおす
- 12. 肌荒れを防ぐ
- 13. 肌のつっぱりを解消する
- 14. 敏感肌に対応している
- 15. 化粧のりをよくする
- 16. 化粧くずれを防ぐ
- 17. 肌のキメを整える
- 18. 肌の色むらを解消する
- 19. 肌の色つやを良くする
- 20. 目のまわりのクマを解消する
- 21. ターンオーバーを促進する
- 22. その他(  )

**Q37** あなたがアンチエイジング目的の化粧品を初めて使ったのは何歳くらいですか。(ひとつだけ)

- 1. (  )歳くらい(半角数字をご記入ください)
- 2. 使ったことはあるが、何歳くらいかわからない
- 3. 使ったことがまったくない

◆ Q38は、Q37で3を選択した方(アンチエイジング目的の化粧品を使ったスキンケアを使ったことがない方)のみお答えください

**Q38** あなたは、アンチエイジング目的の化粧品を使うとしたら何歳くらいからだと思いますか。(ひとつだけ)

- 1. (  )歳くらい(半角数字をご記入ください)
- 2. いつか行おうと思うが、何歳かはわからない
- 3. アンチエイジング目的の化粧品を使うスキンケアを行わないと思う

**Q39** あなたは、今後、アンチエイジング目的の化粧品を使うスキンケアをどの程度行いたいと思いますか。(ひとつだけ)

- 1. とても行いたいと思う
- 2. 行いたいと思う
- 3. やや行いたいと思う
- 4. ほとんど行いたいと思わない
- 5. 行いたいと思わない

◆再度、アンチエイジングを目的とする化粧品に関してうかがいます

**Q40** あなたが使ったことがあるアンチエイジング目的のスキンケア化粧品を次の中からすべてお知らせください。現在使っているものも含めて、使ったことのあるものをすべてお知らせください。(いくつでも)

**Q41** そのうち、現在(最近1ヶ月)使っている、アンチエイジング目的のスキンケア化粧品をすべてお知らせください。(いくつでも)

**Q42** あなたが今後または今後も使いたいと思う、アンチエイジング目的のスキンケア化粧品をすべてお知らせください。(いくつでも)

	Q40	Q41	Q42
			今

		使ったことのあるもの (現在使っているものも含む)	現在(最近1ヶ月) 使ったことのあるもの	後または今後も使いたいもの
		↓	↓	↓
1.	クレンジング(メイク落とし用)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	洗顔料	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	マッサージ料	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	シートパック	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	パック(シート状ではないもの)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	化粧水	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	美容液	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	乳液	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	クリーム	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	日焼け止め、UVカットクリーム	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	その他( )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	これまで使ったことがまったくない	<input type="checkbox"/>		
13.	最近1ヶ月は使っていない		<input type="checkbox"/>	
14.	今後、使いたいと思わない			<input type="checkbox"/>

◆アンチエイジングを目的とするお顔の肌への美容法に関してうかがいます

Q43 アンチエイジングを目的とするお顔の肌への美容法において、あなたが行ったことがあるものを次の中からすべてお知らせください。現在行っているのも含めてお知らせください。(いくつでも)

Q44 そのうち、現在(最近1ヶ月)行っているアンチエイジングを目的とするお顔の肌への美容法をすべてお知らせください。(いくつでも)

Q45 あなたが今後または今後も使用したり行いたいと思う、アンチエイジングを目的とする美容法をすべてお知らせください。(いくつでも)

		Q43	Q44	Q45
		(行った・使ったことのあるもの 現在行っているものも含む)	現在行っている・使っているもの	今後または今後も 行いたい・使いたいもの
		↓	↓	↓

1.	アンチエイジング目的のメイクアップ化粧品	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	ドラッグストア・薬店・通販などで市販されているアンチエイジング目的のサプリメント・健康補助食品	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	ドラッグストア・薬店・通販などで市販されているアンチエイジング目的の服用医薬品	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	皮膚科・クリニックなどで処方されたアンチエイジング目的の服用医薬品	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	皮膚科・クリニックなどで処方されたアンチエイジング目的の塗り薬	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	エステサロンでのアンチエイジングを目的としたエステ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	エステ用器具を自分で使った、アンチエイジングを目的とした自宅でのエステ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	アンチエイジングを目的とした自分自身による手わざケア(リンパマッサージなど)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	美容クリニックでのアンチエイジングを目的とした美容施術(レーザー、注入など)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	アンチエイジングによいとされる食品	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	アンチエイジングを目的とした運動(ヨガ、ストレッチなど)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	アンチエイジングを目的とした器具の使用(磁気ネックレスなど)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	その他( <input type="text"/> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	アンチエイジングを目的とする美容法は行ったことがない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	最近1ヶ月、アンチエイジングを目的とする美容法は行っていない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	今後、アンチエイジングを目的とする美容法は行いたいと思わない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Q43	Q44	Q45
		( 行った・使ったことがあるもの 現在行っているものも含む )	現在行っている・使っているもの	今後または今後も行いたい・使いたいもの

Q46-1 美容法以外で、あなたがアンチエイジングの効果が(または、アンチエイジングへの影響も)あると思われる行為をすべてお知らせください。(いくつでも)

Q46-2 そのうち、あなたがアンチエイジング目的も含めて実際に行っているものをお知らせください。(いくつでも)

	Q46-1	Q46-2
	あると思う行為	あなたが行っている

		果 が	も の
		↓	↓
1.	国内・海外への旅行	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	キャンプ、つりなどのアウトドア・レジャー	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	温泉やスパなどの温浴を楽しむ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	食べ歩きなど飲食を楽しむ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	音楽、演劇、絵画などの芸能・芸術鑑賞	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	ガーデニングなどの園芸	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	陶芸、書道、絵画などの美術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	歌や楽器演奏などの音楽	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	ダンス、バレエ、踊りなど舞踊	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	テニス、ゴルフ、バレーボールなどのスポーツ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	健康維持や増進を目的としたジョギング、スイミングなどのエクササイズ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	十分な睡眠	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	自然食など健康維持や増進を考えた食事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	ヨガや気功などの身体を使った健康法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	マッサージやカイロプラクティスなどの療法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	語学や文学、歴史などの学習	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	現役での仕事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	ファッションへの興味と気遣い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	インターネットなどによる流行や最新情報のキャッチ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	姿勢を矯正したり、エクササイズになる衣服や靴の着用	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	体形を整えたり維持するためのダイエット法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	趣味のサークルなど仲間との親交	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.	地域活動など若い世代との交流	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.	その他( <input type="text"/> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Q46-1	Q46-2
		ある と思う 行為	あ なた が 行 っ て い る も の

◆ あなたの生活での出費についてうかがいます  
あなたご自身に使ったお金としてお答えください

Q47 あなたがこの1年に使った「美容・化粧品」についてのお金の状況は、1年前と比べて変わりましたか。(ひとつだけ)

- 1. お金は使ったが、金額が大幅に減った
- 2. お金は使ったが、金額が少し減った
- 3. お金は使ったが、金額は変わっていない
- 4. お金を使い、金額が少し増えた
- 5. お金を使い、金額が大幅に増えた
- 6. 1年前はお金を使っていたが、この1年はお金を使っていない
- 7. これまで、お金を使ったことがまったくない

- 8. わからない

Q48 では、「美容・化粧品」にこれから使うお金について、どのようにする予定ですか。(ひとつずつ)

- 1. お金は使うが、今までより大幅に減らす
- 2. お金は使うが、今までより少し減らす
- 3. お金は使うが、今までと変えない
- 4. お金を使い、今までより少し増やす
- 5. お金を使い、今までより大幅に増やす
- 6. お金を使わない
- 7. わからない

◆あなたご自身についてうかがいます

Q49-1 次の事がらについて、あなたご自身が行ったことがあるもの、使ったことがあるものをすべてお知らせください。(いくつでも)

Q49-2 次の事がらについて、あなたご自身が現在行っているもの、使っているものをすべてお知らせください。(いくつでも)

Q49-3 また、あなたが今後(または今後も)行いたい事がら、使いたいものをすべてお知らせください。(いくつでも)

		Q49-1	Q49-2	Q49-3
		(行った・使ったことがあるもの 現在行っているものも含む)	現在行っている・使っているもの	今後または今後も 行いたい・使いたいもの
		↓	↓	↓
1.	ヘアカラーリング(黒髪用の染毛)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	ブリーチ(髪の脱色)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	白髪染め(白髪用の染毛)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	パーマ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	髪のエクステンション	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	ウィッグ・かつら	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	耳へのピアス	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	耳以外の部分へのピアス(ポディーピアス)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	マニキュア・ペディキュア	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	スカルプチュア・ジェルネイル(人工爪)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	眉のアートメイク	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	アイラインのアートメイク	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	ボディ(顔以外の体)へのタトゥー※彫るタイプ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	ボディ(顔以外の体)への転写式タトゥー※シールなどの転写タイプ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	自宅でつけるつけまつ毛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	サロンでつけるまつ毛のエクステンション	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	まつ毛パーマ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18.	二重まぶた形成グッズ(アイプチなど)自分で行う二重まぶた作り	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	カラーコンタクト	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	レーシック手術(視力回復手術)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	自分で行う脱毛、除毛	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	歯ならびの矯正	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.	歯のホワイトニング	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.	エステティックサロン	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.	特にない	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Q49-1	Q49-2	Q49-3
		(行った・使ったことがあるもの 現在行っているものも含む)	現在行っている・使っているもの	今後または今後も行いたい・使いたいもの

Q50 あなたの世帯の年収(あなた自身の年収も含む)をお知らせください。(ひとつだけ)

Q51 世帯年収のうち、あなたご自身の年収をお知らせください。(ひとつだけ)  
 ※ 年金・アルバイト・パート・その他の収入も含めてお選びください  
 ※ 税込みの金額でお答えください

		Q50	Q51
		(あなたの世帯の年収 あなた自身の年収も含む)	あなたご自身の年収
		↓	↓
1.	収入なし	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	100万円未満	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	100万～200万円未満	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	200万～300万円未満	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	300万～400万円未満	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	400万～500万円未満	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.	500万～600万円未満	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.	600万～700万円未満	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.	700万～800万円未満	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.	800万～900万円未満	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.	900万～1,000万円未満	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.	1,000万～1,200万円未満	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13.	1,200万～1,500万円未満	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

14.	1,500万～2,000万円未満	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.	2,000万円以上	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16.	わからない・答えたくない	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		Q50	Q51
		(あなたの世帯の年収も含む)	あなたご自身の年収

**Q52** あなたご自身が、1ヶ月において自由に使えるおこづかいの平均金額をお知らせください。(ひとつだけ)

- 1. 500円未満
- 2. 500～1,000円未満
- 3. 1,000～1,500円未満
- 4. 1,500～2,000円未満
- 5. 2,000～2,500円未満
- 6. 2,500～3,000円未満
- 7. 3,000～4,000円未満
- 8. 4,000～5,000円未満
- 9. 5,000～7,500円未満
- 10. 7,500～10,000円未満
- 11. 10,000～15,000円未満
- 12. 15,000～20,000円未満
- 13. 20,000～30,000円未満
- 14. 30,000～50,000円未満
- 15. 50,000円以上
- 16. わからない
- 17. おこづかいはない

**Q53** 非公開

**Q54** あなたが「メイクアップ化粧品」、「スキンケア化粧品」、「エステ」の3つの美容にかける1ヵ月あたりの金額(税込み)を教えてください。月によって変動がある場合は、平均してお答えください。(ひとつだけ)

- 1. 1,000円未満
- 2. 1,000～3,000円未満
- 3. 3,000～5,000円未満
- 4. 5,000～1万円未満
- 5. 1万円以上