

調査票

調査番号 1199

調査名 「エイジング」に関する意識調査, 2017

本調査票を引用する際には出典を明記して下さい。

F1 あなたの性別をお答えください。  
(お答えは1つ)

- 1 男性
- 2 女性

F2 あなたの年齢をお答えください。  
(お答えは半角数字で)

1  歳

F3 あなたのお住まいの地域をお答えください。  
(お答えは1つ)

選択して下さい

あなたご自身のお顔の肌の老化についておたずねします。

Q1 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。  
また、お顔の肌について、将来の肌の老化をどの程度不安と感じていますか。  
(お答えはそれぞれ1つ)

1	2	3	4
とても感じている	感じている	少し感じている	感じていない

1 現在のお顔の肌の老化	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 将来の肌の老化に対する不安	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Q2 あなたのお顔の肌について、実感しているお顔の肌の老化現象をすべてお知らせください。  
(お答えはいくつでも)  
そのうち、最も実感している現在の老化現象をひとつだけお知らせください。  
(お答えは1つ)

1	2
実感している老化現象	最も実感している老化現象

1 シワ	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
2 シミ	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
3 たるみ	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
4 ハリのなさ	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
5 くすみ	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
6 その他 <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
7 わからない	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>

**Q3** あなたのお顔の肌について、将来、不安に思う老化現象をすべてお知らせください。  
 (お答えはいくつでも)  
 そのうち、最も不安に思う老化現象をひとつだけお知らせください。  
 (お答えは1つ)

	1 将来、不安に思う老化現象	2 最も不安に思う老化現象
	↓	↓
1 シワ	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
2 シミ	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
3 たるみ	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
4 ハリのなさ	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
5 くすみ	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
6 その他 <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
7 わからない	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>

お顔の肌のエイジングケア(シワ、シミ、たるみ、くすみといった老化現象へのケア)を目的とした美容法についておたずねします。

**Q4** エイジングケアを目的としたもので、あなたが行った・使ったことがあるものをすべてお知らせください。現在も含めてお知らせください。  
 そのうち、エイジングケアを目的としたもので、現在(最近1ヶ月)行っている・使っているものをすべてお知らせください。  
 エイジングケアを目的としたもので、あなたが今後(または今後)行いたい・使いたいものをすべてお知らせください。  
 (お答えはそれぞれいくつでも)  
 そのうち、エイジングケアを目的としたもので、あなたが今後(または今後)、最も行いたい・使いたいものを1つだけお知らせください。  
 (お答えは1つ)

	1 行った・使ったことがあるもの	2 現在、行っている・使っているもの	3 今後、行いたい・使いたいもの	4 今後、最も行いたい・使いたいもの
	↓	↓	↓	↓
1 スキンケア化粧品	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
2 サプリメント・健康補助食品	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
3 エステ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
4 美容家電	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
5 プチ美容 (クリニックでの肌を切らない施術。注射・レーザーなど)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
6 美容整形 (クリニックでの肌を切る施術)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
7 医薬品(※エイジングケア目的)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
8 その他の美容法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
9 特にない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>

**Q45Q** 前問で「その他の美容法」を選ばれた方にお伺いします。  
エイジングケアを目的とした「その他の美容法」で、以下の内容をお答えください。  
(お答えは具体的に)

- 1 行った・使ったことがあるもの
- 2 現在(最近1ヶ月)行っている・使っているもの
- 3 今後(または今後も)行いたい・使いたいもの

ひきつづき、お顔の肌のエイジングケア(シワ、シミ、たるみ、くすみといった老化現象へのケア)を目的とした美容法についておたずねします。

**Q5** Q4で、エイジングケアを目的としたもので、今後(または今後も)、最も行いたい・使いたいと思うものは、「 [ ] 」と回答した理由は何ですか。あなたご自身のお考えをお知らせください。  
(お答えは具体的に)

1

お顔の肌の老化に対する考えをおたずねします。

**Q6** お顔の肌の老化に対する考えで、あなたのお考えにあてはまるものをすべてお知らせください。  
老化を感じていない方は、お肌が老化したと仮定してお答えください。  
(お答えはいくつでも)  
そのうち、最もあてはまるものを1つだけお知らせください。  
(お答えは1つ)

	1 顔の肌の老化に対する考え	2 最もあてはまる考え
	↓	↓
1 顔の肌の老化は自然なことだと思って受け入れる	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
2 できることなら顔の肌の老化を予防したい	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
3 できることなら顔の肌の老化を改善したい	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
4 できることなら顔の肌の老化のスピードをゆるやかにしたい	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
5 顔の肌の老化は仕方がないことだと思ってあきらめる	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
6 その他の考え <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
7 顔の肌の老化について関心はあるがわからない	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
8 顔の肌の老化について関心がないので考えはない	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>

ご協力ありがとうございました。  
これでアンケートは終了です。ご回答ありがとうございました