

調査票
あなたやご家族の健康に関するアンケート

このアンケートには、ご自身およびご家族の要配慮個人情報を聴取する項目が含まれる場合があります。
ご家族にも同意を得た上で、回答をお願いします。
ご回答いただいた内容は、楽天インサイトのクライアントおよびプロジェクト関係者に提供され、本プロジェクトの分析にのみ利用します。
この内容を基に、ご回答された方を特定しようとしたり、直接、広告・販促を実施したりすることはありません。

同意いただける場合のみ、調査にご参加ください。

次へ

SC1
必須

あなたの主な職業をお答えください。

- | | |
|--|------------------------------------|
| <input type="radio"/> 1. 正社員（役員・管理職含む） | <input type="radio"/> 7. 学生 |
| <input type="radio"/> 2. 契約社員・派遣社員 | <input type="radio"/> 8. パート・アルバイト |
| <input type="radio"/> 3. 公務員・団体職員 | <input type="radio"/> 9. 専業主婦・主夫 |
| <input type="radio"/> 4. 専門家（医師・弁護士・会計士など） | <input type="radio"/> 10. 休職中・休業中 |
| <input type="radio"/> 5. 自営業 | <input type="radio"/> 11. その他 |
| <input type="radio"/> 6. 自由業（フリーランス） | <input type="radio"/> 12. 働いていない |

次へ

SC2
必須

あなたのお勤め先の業種をお答えください。

- | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="radio"/> 1. 農林水産業・鉱業 | <input type="radio"/> 8. 通信業 |
| <input type="radio"/> 2. 建設業・土木業 | <input type="radio"/> 9. 医療関係 |
| <input type="radio"/> 3. 製造業 | <input type="radio"/> 10. 福祉・介護関係 |
| <input type="radio"/> 4. 卸売業 | <input type="radio"/> 11. 保育・教育関係 |
| <input type="radio"/> 5. 小売業 | <input type="radio"/> 12. 飲食・調理関係 |
| <input type="radio"/> 6. 金融業・証券・保険 | <input type="radio"/> 13. 理容・美容関係 |
| <input type="radio"/> 7. 運輸業 | <input type="radio"/> 14. その他のサービス業 |
| | <input type="radio"/> 15. その他 |

次へ

SC3
必須

あなたには0歳～20歳までのお子様はいらっしゃいますか。
(同居・別居は問いません)

1. いる
2. いない

次へ

SC4
必須

0歳～20歳のお子様の性別をお答えください。
(0歳～20歳のお子様が2名以上いらっしゃる場合は長子の性別をお答えください)

1. 男性
2. 女性
3. その他

次へ

SC5
必須

0歳～20歳のお子様の年齢をお答えください。
(0歳～20歳のお子様が2名以上いらっしゃる場合は長子の年齢をお答えください)
(半角数字でご記入ください)

歳

次へ

SC6
必須

あなたが現在同居している家族をお答えください。
(いくつでも)

- 1. 1人暮らし
- 2. 配偶者・パートナー
- 3. 子ども
- 4. あなた自身の父親
- 5. あなた自身の母親
- 6. あなた自身の祖父
- 7. あなた自身の祖母
- 8. その他

次へ

SC7
必須

あなたが現在同居している あなた自身の父親 の年齢をお答えください。
(半角数字でご記入ください)

歳

次へ

SC8
必須

あなたが現在同居している あなた自身の母親 の年齢をお答えください。
(半角数字でご記入ください)

歳

次へ

■ここからは、あなたご自身のアレルギー疾患について、お伺いいたします。

Q1
必須

あなたはこれまでに下記のアレルギーについて、医師に診断されたことはありますか。

1. 気管支ぜん息 ▲

1. 診断されたことがある
2. 診断されたことはないが、そう思う
3. ない

2. アトピー性皮膚炎 ▲

1. 診断されたことがある
2. 診断されたことはないが、そう思う
3. ない

3. アレルギー性鼻炎（ダニなどによる通年性） ▲

1. 診断されたことがある
2. 診断されたことはないが、そう思う
3. ない

4. アレルギー性鼻炎（花粉症） ▲

1. 診断されたことがある
2. 診断されたことはないが、そう思う
3. ない

5. アレルギー性結膜炎（花粉症を含む） ▲

1. 診断されたことがある
2. 診断されたことはないが、そう思う
3. ない

次へ

Q2
必須

あなたは最近12か月の間に下記のアレルギーの症状がありましたか。

1. 気管支ぜん息 ▲

1. ある

2. ない

2. アトピー性皮膚炎 ▲

1. ある

2. ない

3. アレルギー性鼻炎（ダニなどによる通年性） ▲

1. ある

2. ない

4. アレルギー性鼻炎（花粉症） ▲

1. ある

2. ない

5. アレルギー性結膜炎（花粉症を含む） ▲

1. ある

2. ない

次へ

Q3
必須

あなたは最近12か月の間に下記のアレルギーの治療をしましたか。
※気管支ぜん息では予防のために症状がない時にも使用する治療を含みます。

1. 気管支ぜん息	▲
<input type="radio"/> 1. 治療した	
<input type="radio"/> 2. 治療していない	

2. アトピー性皮膚炎	▲
<input type="radio"/> 1. 治療した	
<input type="radio"/> 2. 治療していない	

3. アレルギー性鼻炎（ダニなどによる通年性）	▲
<input type="radio"/> 1. 治療した	
<input type="radio"/> 2. 治療していない	

4. アレルギー性鼻炎（花粉症）	▲
<input type="radio"/> 1. 治療した	
<input type="radio"/> 2. 治療していない	

5. アレルギー性結膜炎（花粉症を含む）	▲
<input type="radio"/> 1. 治療した	
<input type="radio"/> 2. 治療していない	

次へ

Q4
必須

あなたはこれまでに食物アレルギーについて医師に診断されたことはありますか。
(いくつでも)

※食物アレルギーは食べて2時間以内に皮膚症状(発赤、じんましんなど)・消化器症状(腹痛や嘔吐)、呼吸器症状(鼻水・くしゃみ・せきなど)・循環器症状・神経症状があらわれます。食べたときに口の中にイガイガ感やかゆみ、耳の中にかゆみを感じる「口腔アレルギー症候群」も含まれます。

- 1. 診断され今も除去している食品がある
- 2. 診断されたことはないが、そう思う食品がある
- 3. 以前は除去していたが、今は食べられる食品がある
- 4. 診断されたことはない

次へ

Q5
必須

あなたが現在除去している食品として、あてはまるものをすべてお答えください。
(いくつでも)

- | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 1. 鶏卵 | <input type="checkbox"/> 11. ゴマ | <input type="checkbox"/> 21. サケ |
| <input type="checkbox"/> 2. 牛乳 | <input type="checkbox"/> 12. モモ | <input type="checkbox"/> 22. サバ |
| <input type="checkbox"/> 3. 小麦 | <input type="checkbox"/> 13. リンゴ | <input type="checkbox"/> 23. アワビ |
| <input type="checkbox"/> 4. ソバ | <input type="checkbox"/> 14. バナナ | <input type="checkbox"/> 24. イカ |
| <input type="checkbox"/> 5. エビ | <input type="checkbox"/> 15. キウイ | <input type="checkbox"/> 25. イクラ |
| <input type="checkbox"/> 6. カニ | <input type="checkbox"/> 16. オレンジ | <input type="checkbox"/> 26. 牛肉 |
| <input type="checkbox"/> 7. ピーナッツ | <input type="checkbox"/> 17. メロン | <input type="checkbox"/> 27. 豚肉 |
| <input type="checkbox"/> 8. アーモンド | <input type="checkbox"/> 18. 大豆 | <input type="checkbox"/> 28. 鶏肉 |
| <input type="checkbox"/> 9. カシューナッツ | <input type="checkbox"/> 19. ヤマイモ | <input type="checkbox"/> 29. ゼラチン |
| <input type="checkbox"/> 10. クルミ | <input type="checkbox"/> 20. マツタケ | <input type="checkbox"/> 30. その他 : <input type="text"/> |

次へ

Q6
必須

あなたはこれまでに下記のアレルギーについて、医師に診断されたことはありますか。

1. 金属アレルギー ▲

1. 医師に診断されたことがある
2. 医師に診断されたことはない

2. 薬剤アレルギー ▲

1. 医師に診断されたことがある
2. 医師に診断されたことはない

3. アナフィラキシー ▲

1. 医師に診断されたことがある
2. 医師に診断されたことはない

次へ

■ここからは、あなたのお子様のアレルギー疾患について、お伺いいたします。

Q7
必須

あなたのお子様は、これまでに下記のアレルギーについて、医師に診断されたことはありますか。

1. 気管支ぜん息 ▲

1. 診断されたことがある
2. 診断されたことはないが、そう思う
3. ない

2. アトピー性皮膚炎 ▲

1. 診断されたことがある
2. 診断されたことはないが、そう思う
3. ない

3. アレルギー性鼻炎（ダニなどによる通年性） ▲

1. 診断されたことがある
2. 診断されたことはないが、そう思う
3. ない

4. アレルギー性鼻炎（花粉症） ▲

1. 診断されたことがある
2. 診断されたことはないが、そう思う
3. ない

5. アレルギー性結膜炎（花粉症を含む） ▲

1. 診断されたことがある
2. 診断されたことはないが、そう思う
3. ない

次へ

Q8
必須

あなたのお子様は、最近12か月の間に下記のアレルギーの症状がありましたか。

1. 気管支ぜん息	▲
<input type="radio"/> 1. ある	
<input type="radio"/> 2. ない	

2. アトピー性皮膚炎	▲
<input type="radio"/> 1. ある	
<input type="radio"/> 2. ない	

3. アレルギー性鼻炎（ダニなどによる通年性）	▲
<input type="radio"/> 1. ある	
<input type="radio"/> 2. ない	

4. アレルギー性鼻炎（花粉症）	▲
<input type="radio"/> 1. ある	
<input type="radio"/> 2. ない	

5. アレルギー性結膜炎（花粉症を含む）	▲
<input type="radio"/> 1. ある	
<input type="radio"/> 2. ない	

次へ

Q9
必須

あなたのお子様は、最近12か月の間に下記のアレルギーの治療をしましたか。
※気管支ぜん息では予防のために症状がない時にも使用する治療を含みます。

1. 気管支ぜん息 ▲

1. 治療した

2. 治療していない

2. アトピー性皮膚炎 ▲

1. 治療した

2. 治療していない

3. アレルギー性鼻炎（ダニなどによる通年性） ▲

1. 治療した

2. 治療していない

4. アレルギー性鼻炎（花粉症） ▲

1. 治療した

2. 治療していない

5. アレルギー性結膜炎（花粉症を含む） ▲

1. 治療した

2. 治療していない

次へ

Q10
必須

あなたのお子様は、これまでに食物アレルギーについて医師に診断されたことはありますか。
(いくつでも)

※食物アレルギーは食べて2時間以内に皮膚症状(発赤、じんましんなど)・消化器症状(腹痛や嘔吐)、呼吸器症状(鼻水・くしゃみ・せきなど)・循環器症状・神経症状があらわれます。食べたときに口の中にイガイガ感やかゆみ、耳の中にかゆみを感じる「口腔アレルギー症候群」も含まれます。

- 1. 診断され今も除去している食品がある
- 2. 診断されたことはないが、そう思う食品がある
- 3. 以前は除去していたが、今は食べられる食品がある
- 4. 診断されたことはない

次へ

Q11
必須

あなたのお子様現在除去している食品として、あてはまるものをすべてお答えください。
(いくつでも)

- | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 1. 鶏卵 | <input type="checkbox"/> 11. ゴマ | <input type="checkbox"/> 21. サケ |
| <input type="checkbox"/> 2. 牛乳 | <input type="checkbox"/> 12. モモ | <input type="checkbox"/> 22. サバ |
| <input type="checkbox"/> 3. 小麦 | <input type="checkbox"/> 13. リンゴ | <input type="checkbox"/> 23. アワビ |
| <input type="checkbox"/> 4. ソバ | <input type="checkbox"/> 14. バナナ | <input type="checkbox"/> 24. イカ |
| <input type="checkbox"/> 5. エビ | <input type="checkbox"/> 15. キウイ | <input type="checkbox"/> 25. イクラ |
| <input type="checkbox"/> 6. カニ | <input type="checkbox"/> 16. オレンジ | <input type="checkbox"/> 26. 牛肉 |
| <input type="checkbox"/> 7. ピーナッツ | <input type="checkbox"/> 17. メロン | <input type="checkbox"/> 27. 豚肉 |
| <input type="checkbox"/> 8. アーモンド | <input type="checkbox"/> 18. 大豆 | <input type="checkbox"/> 28. 鶏肉 |
| <input type="checkbox"/> 9. カシューナッツ | <input type="checkbox"/> 19. ヤマイモ | <input type="checkbox"/> 29. ゼラチン |
| <input type="checkbox"/> 10. クルミ | <input type="checkbox"/> 20. マツタケ | <input type="checkbox"/> 30. その他 : <input type="text"/> |

次へ

Q12
必須

あなたのお子様は、これまでに下記のアレルギーについて、医師に診断されたことはありますか。

1. 金属アレルギー ▲

1. 医師に診断されたことがある
2. 医師に診断されたことはない

2. 薬剤アレルギー ▲

1. 医師に診断されたことがある
2. 医師に診断されたことはない

3. アナフィラキシー ▲

1. 医師に診断されたことがある
2. 医師に診断されたことはない

次へ

■ここからは、あなたが現在同居されているあなた自身の父親のアレルギー疾患について、お伺いいたします。

Q13 **必須** あなたが現在同居されているあなた自身の父親は、これまでに下記のアレルギーについて、医師に診断されたことはありますか。

1. 気管支ぜん息 ▲

1. 診断されたことがある
2. 診断されたことはないが、そう思う
3. ない

2. アトピー性皮膚炎 ▲

1. 診断されたことがある
2. 診断されたことはないが、そう思う
3. ない

3. アレルギー性鼻炎（ダニなどによる通年性） ▲

1. 診断されたことがある
2. 診断されたことはないが、そう思う
3. ない

4. アレルギー性鼻炎（花粉症） ▲

1. 診断されたことがある
2. 診断されたことはないが、そう思う
3. ない

5. アレルギー性結膜炎（花粉症を含む） ▲

1. 診断されたことがある
2. 診断されたことはないが、そう思う
3. ない

次へ

Q14
必須

あなたが現在同居されているあなた自身の**父親**は、最近12か月の間に下記のアレルギーの症状がありましたか。

1. 気管支ぜん息	▲
<input type="radio"/> 1. ある	
<input type="radio"/> 2. ない	

2. アトピー性皮膚炎	▲
<input type="radio"/> 1. ある	
<input type="radio"/> 2. ない	

3. アレルギー性鼻炎（ダニなどによる通年性）	▲
<input type="radio"/> 1. ある	
<input type="radio"/> 2. ない	

4. アレルギー性鼻炎（花粉症）	▲
<input type="radio"/> 1. ある	
<input type="radio"/> 2. ない	

5. アレルギー性結膜炎（花粉症を含む）	▲
<input type="radio"/> 1. ある	
<input type="radio"/> 2. ない	

次へ

Q15
必須

あなたが現在同居されているあなた自身の**父親**は、最近12か月の間に下記のアレルギーの治療をしましたか。
※気管支ぜん息では予防のために症状がない時にも使用する治療を含みます。

1. 気管支ぜん息 ▲

1. 治療した

2. 治療していない

2. アトピー性皮膚炎 ▲

1. 治療した

2. 治療していない

3. アレルギー性鼻炎（ダニなどによる通年性） ▲

1. 治療した

2. 治療していない

4. アレルギー性鼻炎（花粉症） ▲

1. 治療した

2. 治療していない

5. アレルギー性結膜炎（花粉症を含む） ▲

1. 治療した

2. 治療していない

次へ

Q16
必須

あなたが現在同居されているあなた自身の**父親**は、これまでに食物アレルギーについて医師に診断されたことはありますか。

(いくつでも)

※食物アレルギーは食べて2時間以内に皮膚症状（発赤、じんましんなど）・消化器症状（腹痛や嘔吐）、呼吸器症状（鼻水・くしゃみ・せきなど）・循環器症状・神経症状があらわれます。食べたときに口の中にイガイガ感やかゆみ、耳の中にかゆみを感じる「口腔アレルギー症候群」も含まれます。

- 1. 診断され今も除去している食品がある
- 2. 診断されたことはないが、そう思う食品がある
- 3. 以前は除去していたが、今は食べられる食品がある
- 4. 診断されたことはない

次へ

Q17
必須

あなたが現在同居されているあなた自身の**父親**が現在除去している食品として、あてはまるものをすべてお答えください。

(いくつでも)

- | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 1. 鶏卵 | <input type="checkbox"/> 11. ゴマ | <input type="checkbox"/> 21. サケ |
| <input type="checkbox"/> 2. 牛乳 | <input type="checkbox"/> 12. モモ | <input type="checkbox"/> 22. サバ |
| <input type="checkbox"/> 3. 小麦 | <input type="checkbox"/> 13. リンゴ | <input type="checkbox"/> 23. アワビ |
| <input type="checkbox"/> 4. ソバ | <input type="checkbox"/> 14. バナナ | <input type="checkbox"/> 24. イカ |
| <input type="checkbox"/> 5. エビ | <input type="checkbox"/> 15. キウイ | <input type="checkbox"/> 25. イクラ |
| <input type="checkbox"/> 6. カニ | <input type="checkbox"/> 16. オレンジ | <input type="checkbox"/> 26. 牛肉 |
| <input type="checkbox"/> 7. ピーナッツ | <input type="checkbox"/> 17. メロン | <input type="checkbox"/> 27. 豚肉 |
| <input type="checkbox"/> 8. アーモンド | <input type="checkbox"/> 18. 大豆 | <input type="checkbox"/> 28. 鶏肉 |
| <input type="checkbox"/> 9. カシューナッツ | <input type="checkbox"/> 19. ヤマイモ | <input type="checkbox"/> 29. ゼラチン |
| <input type="checkbox"/> 10. クルミ | <input type="checkbox"/> 20. マツタケ | <input type="checkbox"/> 30. その他 : <input type="text"/> |

次へ

Q18
必須

あなたが現在同居されているあなた自身の父親は、これまでに下記のアレルギーについて、医師に診断されたことはありますか。

1. 金属アレルギー ▲

1. 医師に診断されたことがある

2. 医師に診断されたことはない

2. 薬剤アレルギー ▲

1. 医師に診断されたことがある

2. 医師に診断されたことはない

3. アナフィラキシー ▲

1. 医師に診断されたことがある

2. 医師に診断されたことはない

次へ

■ここからは、あなたが現在同居されているあなた自身の母親のアレルギー疾患について、お伺いいたします。

Q19 必須 あなたが現在同居されているあなた自身の母親は、これまでに下記のアレルギーについて、医師に診断されたことはありますか。

1. 気管支ぜん息 ▲

1. 診断されたことがある
2. 診断されたことはないが、そう思う
3. ない

2. アトピー性皮膚炎 ▲

1. 診断されたことがある
2. 診断されたことはないが、そう思う
3. ない

3. アレルギー性鼻炎（ダニなどによる通年性） ▲

1. 診断されたことがある
2. 診断されたことはないが、そう思う
3. ない

4. アレルギー性鼻炎（花粉症） ▲

1. 診断されたことがある
2. 診断されたことはないが、そう思う
3. ない

5. アレルギー性結膜炎（花粉症を含む） ▲

1. 診断されたことがある
2. 診断されたことはないが、そう思う
3. ない

次へ

Q20
必須

あなたが現在同居されているあなた自身の**母親**は、最近12か月の間に下記のアレルギーの症状がありましたか。

1. 気管支ぜん息	▲
<input type="radio"/> 1. ある	
<input type="radio"/> 2. ない	

2. アトピー性皮膚炎	▲
<input type="radio"/> 1. ある	
<input type="radio"/> 2. ない	

3. アレルギー性鼻炎（ダニなどによる通年性）	▲
<input type="radio"/> 1. ある	
<input type="radio"/> 2. ない	

4. アレルギー性鼻炎（花粉症）	▲
<input type="radio"/> 1. ある	
<input type="radio"/> 2. ない	

5. アレルギー性結膜炎（花粉症を含む）	▲
<input type="radio"/> 1. ある	
<input type="radio"/> 2. ない	

次へ

Q21
必須

あなたが現在同居されているあなた自身の**母親**は、最近12か月の間に下記のアレルギーの治療をしましたか。

※気管支ぜん息では予防のために症状がない時にも使用する治療を含みます。

1. 気管支ぜん息 ▲

1. 治療した

2. 治療していない

2. アトピー性皮膚炎 ▲

1. 治療した

2. 治療していない

3. アレルギー性鼻炎（ダニなどによる通年性） ▲

1. 治療した

2. 治療していない

4. アレルギー性鼻炎（花粉症） ▲

1. 治療した

2. 治療していない

5. アレルギー性結膜炎（花粉症を含む） ▲

1. 治療した

2. 治療していない

次へ

Q22
必須

あなたが現在同居されているあなた自身の**母親**は、これまでに食物アレルギーについて医師に診断されたことはありますか。

(いくつでも)

※食物アレルギーは食べて2時間以内に皮膚症状（発赤、じんましんなど）・消化器症状（腹痛や嘔吐）、呼吸器症状（鼻水・くしゃみ・せきなど）・循環器症状・神経症状があらわれます。食べたときに口の中にイガイガ感やかゆみ、耳の中にかゆみを感じる「口腔アレルギー症候群」も含まれます。

- 1. 診断され今も除去している食品がある
- 2. 診断されたことはないが、そう思う食品がある
- 3. 以前は除去していたが、今は食べられる食品がある
- 4. 診断されたことはない

次へ

Q23
必須

あなたが現在同居されているあなた自身の**母親**が現在除去している食品として、あてはまるものをすべてお答えください。

(いくつでも)

- | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 1. 鶏卵 | <input type="checkbox"/> 11. ゴマ | <input type="checkbox"/> 21. サケ |
| <input type="checkbox"/> 2. 牛乳 | <input type="checkbox"/> 12. モモ | <input type="checkbox"/> 22. サバ |
| <input type="checkbox"/> 3. 小麦 | <input type="checkbox"/> 13. リンゴ | <input type="checkbox"/> 23. アワビ |
| <input type="checkbox"/> 4. ソバ | <input type="checkbox"/> 14. バナナ | <input type="checkbox"/> 24. イカ |
| <input type="checkbox"/> 5. エビ | <input type="checkbox"/> 15. キウイ | <input type="checkbox"/> 25. イクラ |
| <input type="checkbox"/> 6. カニ | <input type="checkbox"/> 16. オレンジ | <input type="checkbox"/> 26. 牛肉 |
| <input type="checkbox"/> 7. ピーナッツ | <input type="checkbox"/> 17. メロン | <input type="checkbox"/> 27. 豚肉 |
| <input type="checkbox"/> 8. アーモンド | <input type="checkbox"/> 18. 大豆 | <input type="checkbox"/> 28. 鶏肉 |
| <input type="checkbox"/> 9. カシューナッツ | <input type="checkbox"/> 19. ヤマイモ | <input type="checkbox"/> 29. ゼラチン |
| <input type="checkbox"/> 10. クルミ | <input type="checkbox"/> 20. マツタケ | <input type="checkbox"/> 30. その他 : <input type="text"/> |

次へ

Q24
必須

あなたが現在同居されているあなた自身の**母親**は、これまでに下記のアレルギーについて、医師に診断されたことはありますか。

1. 金属アレルギー ▲

1. 医師に診断されたことがある

2. 医師に診断されたことはない

2. 薬剤アレルギー ▲

1. 医師に診断されたことがある

2. 医師に診断されたことはない

3. アナフィラキシー ▲

1. 医師に診断されたことがある

2. 医師に診断されたことはない



アンケートにご回答いただき、ありがとうございました。



閉じる