

アンケート

Q1：現在、以下の症状でお悩みですか？（複数回答可）

- ・肩こり
- ・頭痛
- ・眼精疲労
- ・腰痛
- ・慢性的な疲労
- ・背中痛み、こわばり
- ・足がつる
- ・手足の冷え
- ・ストレス
- ・睡眠不足
- ・足のむくみ
- ・猫背
- ・カラダのゆがみ

Q2：上記の症状に対して対策はしていますか？

- ・はい → Q3へ
- ・いいえ → Q4へ

Q3：どんな対策をしていますか？またその頻度はどのくらいですか？（複数回答可）

- ・自分で体操、ストレッチ（週に___回）
 - ・スポーツジム（週に___回）
 - ・整骨院、整体院（週に___回）
 - ・マッサージ（週に___回）
 - ・痛み止めなどの服薬（週に___回）
 - ・
- 差支えなければ月にかかる金額を教えてください（月に約_____円）

Q4：対策をしていない理由は何ですか？（複数回答可）

- ・時間がない
- ・どうしたらよいかわからない
- ・費用がかかる
- ・病院に行くほどでもない
- ・整体などはボキボキされそうで怖い

Q5：社内にマッサージルームがあれば利用したいと思いますか？

- ・はい
- ・いいえ

ありがとうございました
このアンケートの内容は当院と貴社との間でのみ利用させていただきます

差支えなければ以下もお答えください（任意）

年齢	20代	30代	40代	50代	60代	70代
就業中の主な姿勢	座位	立位	歩行	前かがみ	下を向いている	