質問票・健診受診者情報

STEP 1 ｜ 下記質問にお答えください

（注）１．受けた・受診予定と回答された方は
ギフトカード送付**対象外**となります。

質問	回答欄	
2026年度（2026年4月1日～2027年3月31日）トヨタ車体健保のレディース健診（家族健診）を受けた・または受診予定ですか？	１．受けた・受診予定	２．受けない
ご送付する『健診結果表』は原本ですか？ ※１．はいの場合、粗品と一緒に返送いたします	１．はい	２．いいえ
既往歴について	１．あり（病名：　　）	２．なし
自覚症状について	１．あり（肩こり・腰痛・目の痛み・動悸・息切れ・その他の症状：　　）	２．なし
現在、(a)～(c)の薬の使用有無について		
(a) 血圧を下げる薬(高血圧の薬)	１．はい	２．いいえ
(b) インスリン注射または血糖を下げる薬	１．はい	２．いいえ
(c) コレステロールや中性脂肪を下げる薬	１．はい	２．いいえ
喫煙の有無について 現在、たばこを習慣的に吸っていますか。 ※条件１・２を満たす場合 条件１：最近１か月間吸っている 条件２：障害で６か月以上吸っている、または合計100本以上吸っている	１．はい（条件１と条件２を両方満たす）	
	２．以前は吸っていたが、最近１か月間は吸っていない（条件２のみ満たす）	
	３．いいえ	

STEP 2 ｜ ご自身の『健診結果表』に下記必要項目が記載されているか✓

必要項目		
□ 氏名	□ AST（GOT）	□ 尿糖
□ 生年月日	□ ALT（GPT）	□ 尿蛋白
□ 身長	□ γ－ＧＴ	□ 健診受診日
□ 体重	□ 中性脂肪（TG）	□ 健診機関名
□ ＢＭＩ	□ HDLコレステロール	□ 医師の診断
□ 血圧	□ LDLコレステロール	□ 診断した医師名
□ 腹囲（自己測定でも可）	□ 空腹時血糖 または HbA1c	

＜不足項目がある場合＞
ご自身で数値等を健診結果表コピーの
空欄に記入ください。（鉛筆不可）

＜お勤め先で受診された場合＞
健診結果表にご自身のお勤め先が
記載されているか今一度ご確認ください。
（事業所名・所属・団体など）

STEP 3 ｜ 健診受診者情報をご記入ください ※粗品の送付先となります

フリガナ	
受診者氏名	
生年月日	(西暦)　　年　　月　　日
住所	〒　　－
電話番号	

－記入事項は以上になります－

