

Ad-Soyad: Tarih: / /

Yaş: Cinsiyet:

Meslek:

Gastrointestinal sistem: Kronik kabızlık Kronik ishal

Gece yeme alışkanlığı

Öğün atlıyor musunuz? Sabah Öğle Akşam Ara öğünler

Dışarıda yemek yeme sıklığı

Hızlı yemek yeme alışkanlığı

Sevmediğiniz yiyecekler

En sevdiğiniz yiyecekler

Yemekler kim tarafından hazırlanıyor?

Fiziksel aktivite durumu

Boy: cm İdeal ağırlık : kg

Şimdiki ağırlık: kg Hedef ağırlık: kg

Tanısı koyulmuş bir hastalık var mı?

Birinci derece akrabalarda kronik hastalık öyküsü var mı?

Geçirilen ameliyatlar:

Kullanmakta olunan ilaç/vitamin var mı?

Besin alerjisi var mı?

Sigara /alkol kullanımı? Sigara gün adet Alkol haftada kadeh

Çay / kahve tüketim sıklığı? Çay günde bardak Kahve günde fincan

Şeker- tatlandırıcı kullanımı?

Gazlı içecek- meşrubat tüketimi ?

Günlük su tüketimi?

**KENDİNİZ İLE İLGİLİ EKLEMEK İSTEDİĞİNİZ BİR KONU VAR MI ?**

****

****

**BESİN TÜKETİMİNİZİ YAZINIZ** \*( Saatlerini de belirtiniz.)

KAHVALTI :

ARA:

ÖĞLE :

ARA:

AKŞAM:

GECE:

GECE: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Ne zaman kilo almaya başladınız?

Son 5 yıl içinde en fazla olduğunuz kilo ?

Daha önce uygulamış olduğunuz diyet programı /uygulama süresi/ alınan sonuç

Diyet sonrası kilolarınızı geri aldınız mı? Kaç kilo? Ne kadar sürede?

**KADIN DANIŞAN BİLGİLERİ**

Adetleriniz düzenli mi?

Ne kadar süredir menopozdasınız?

Doğum sayısı ?

**GEBE EMZİREN DANIŞAN BİLGİLERİ**

Gebelik öncesi ağırlık kg Gebelik haftası:

Doğum sonrası ağırlık kg Bebeğinizi ne kadar süredir emziriyorsunuz?

**0-6 YAŞ ARASI BEBEK BİLGİLERİ**

Doğum ağırlığı: gr Kaçıncı percentil:

Bebeğin bakımıyla ilgilenen kişi: Bebeğin emzirilme süresi:

Bebeğin ek gıdalara başlama zamanı:

Başlanılan ek gıdalar: