

Анкета для нутрициолога

ФИО _____ Дата рождения _____

Причина(-ы) вашего обращения за консультацией нутрициолога:

Ваш рост _____

Ваш вес _____

Ваша профессия \ сфера деятельности _____

Семейное положение, количество детей, их возраст _____

Оцените, пожалуйста, Ваш уровень энергии (0 – 10) _____, и уровень стресса (0 – 10) _____
в среднем за 7 дней (0 – минимальный уровень, 10 – самый высокий уровень).

Укажите, какие состояния из перечисленных ниже случаются с Вами, как часто беспокоят и как влияют на Вашу жизнь:

	Опишите, пожалуйста, состояние, его особенности и с чем вы его связываете?	Как часто проявляется?
Боли (опишите локализацию и интенсивность)		
Изжога/ отрыжка /Тошнота / рвота		
Запоры / диарея		
Нарушения сна		
Повышенная утомляемость. усталость, слабость		
Сухость кожи/ зуд, высыпания		
Нарушения дыхания, одышка		
Нарушения мочеиспускания		
Отечность		
Для женщин: нарушения цикла, ПМС, болезненность менструации		
ОРВИ и простуда		
Изменение аппетита		
Эмоциональные проблемы (депрессия, страхи, беспокойство, перепады настроения, апатия)		
Сложности с концентрацией внимания, туман в голове		
Другое, что беспокоит, но не упомянуто в списке:		

Оценка качества сна:

Отход ко сну: ____:____, Подъем: ____:____ Общее время сна обычно _____

Есть ли пробуждения среди ночи? _____ Есть ли сложности с засыпанием? _____

Есть ли чувство бодрости с утра? _____

Медицинская история:

Перенесенные операции: _____

Какие подтвержденные диагнозы Вы имеете:

Есть ли аллергическая реакция (лекарственная/пищевая), если да, то на что:

Семейная медицинская история: какими заболеваниями болели ваши близкие (родители, бабушки и дедушки):

Принимаете ли Вы в данный момент какие-либо лекарства (в том числе витамины и добавки)? Если да, то укажите названия, длительность приёма, дозировки и причину назначения: _____

Принимали ли вы антибиотики? Если да, то когда был курс? _____

Сколько у Вас основных приемов пищи в день: _____, перекусов: _____

Существуют ли у Вас какие-то ограничения в питании: врачебные рекомендации или семейные привычки и предпочтения? Если да, то какие? _____

Какая еда Вам нравится, доставляет удовольствие?

Как Вы себя чувствуете, если пропустили прием пищи?

Ваш уровень физической нагрузки (например, сидячий образ жизни / ежедневная зарядка / прогулка...)

Опишите, пожалуйста, регулярность, длительность, интенсивность упражнений:

Скажите, пожалуйста, какой главной цели вы хотели бы достичь в результате нашего взаимодействия?

Что уже делали для достижения этой цели, каков был эффект?

Примечания, комментарии и вопросы по питанию, которые Вы хотели бы задать:

Благодарю Вас за ответы на вопросы.

Дневник питания

(заполняется в течение 7 дней)

Дата _____ Время подъема утром: _____ Время отхода ко сну: _____

Качество сна: _____

Время	Блюдо (что ели), примерный объем порции ¹ В т.ч. перекусы - отмечаем все продукты, съеденные за день.	Жидкость/ вода (что выпито и объем в мл)	Самочувствие после еды ² -физическое и эмоциональное – сразу после еды и в промежутке до 2-3 часов после приема пищи.

Стул: запор / нормальный / диарея (нужное подчеркнуть) _____ количество раз за сутки

Физическая активность и уровень бодрости _____

Примечания (например, изменения в телесных ощущениях и предположительные причины):

¹ Порции не обязательно взвешивать, можно указать размер порции по соотношению с кулаком/ладонью или объемом чашки/стакана/тарелки.

² Укажите, если была тошнота, изжога, вздутие, метеоризм, боли в животе или любой другой дискомфорт, а также эмоциональное состояние (например: возбуждение или наоборот апатия, раздражение / тревога, радость/спокойствие). Также может быть очень полезна следующая информация (по желанию):

- место приема пищи (дома/кафе/на работе),
- побуждение к приему пищи (по времени, по чувству голода и аппетиту, эмоциональная потребность (стресс), захотелось вкусенького)
- было ли вкусно, понравилось ли блюдо.