



التقييم التغذوى

المعلومات العامة

-التاريخ:

-الاسم:

-العنوان:

-تاريخ الميلاد(الشهر-اليوم-السنة):

-السن:

-عنوان البريد الالكتروني:

-رقم الموبيل/ الهاتف:

-الجنس:

-فصيلة الدم (A, B, AB, O, غير معروف)

-المهنة:

-الحالة الاجتماعية:

-هل لديك اطفال , ما هو عمر الاطفال:

-هل انتي حامل , ان وجد ما هو تاريخ الولادة المتوقع:

-ما هو وقت النوم:

-هل هناك اي مرض حالي او اي مرض مزمن:

-هل هناك تاريخ مرضى للعائلة:

-ما هي الادوية المستخدمه حاليا:

- ما هو مستوى النشاط البدنى:

*ليس هناك اي نشاط بدني

*النشاط الخفيف مثال: المشي لمدة 30 دقيقة

*النشاط المعتدل مثال: الركض لمدة 30 دقيقة 3 ايام فى الاسبوع

*النشاط القوى مثال: الجرى لمدة 45 دقيقة 3 ايام فى الاسبوع



الأهداف

- لماذا تريد زيارة اختصاصي التغذية اليوم؟

- * هل تريد إنقاص وزنك.
- * هل تريد نمط حياة أكثر صحة.
- * هل لديك أي أمراض مزمنة تعتقد أن النظام الغذائي سيساعد في علاجها أو الحد من تطورها.

- * هل تريد زيادة وزنك.
- * هل هناك هدف آخر

- إذا كان بإمكانك تغيير ثلاثة أشياء عن عاداتك الصحية والغذائية ، فستكون ...

-1

-2

-3

-ما هو الوزن المثالي الذي تريد الوصول اليه؟

-هل هناك وقت معين تريد الوصول لهدفك قبله؟

DR. YASOO

www.dryasobeautyclinic.com| Pennsylvania-USA| M:+12672301072 info@dryasobeautyclinic.com

NUTRITION & HEALTH FREE ZONE



الوزن

- الطول:
 - الوزن:
 - محيط الصدر:
 - محيط تحت الصدر:
 - محيط الوسط:
 - محيط البطن:
 - محيط الهمش:
 - محيط الفخذين:
 - محيط الذراع العلوي:
- ما هو أكبر وزن وصلت إليه في خلال اخر ١٠ سنوات:
- ما هو أقل وزن وصلت إليه في خلال اخر ١٠ سنوات:
- متى كانت آخر مرة اتبعت فيها نظامًا غذائيًا صحيًا؟ و ما كان النظام؟
- ما هو الوزن الذى ترغب الوصول اليه؟
- هل تعرضت مؤخرًا لأي تغيرات في وزنك تثير قلقك؟ نعم/ لا..... إذا كانت الإجابة بنعم ، فماذا كان:

DR. YASMIN



النظام الغذائي

- هل لديك حساسية من نوع معين من الاطعمه, من ماذا ان وجد:

- ما هي الاطعمه التي تفضل تناولها:

- ما هو الطعام الذي يمثل تحديًا كبيرًا بالنسبة لك:

- هل لديك أي قيود على النظام الغذائي:

- ما هو أسلوب الأكل:

*أنا أحب تناول الطعام

*أنا أكل كثيرًا

-*أنا أكل عاطفي (إذا كنت متوترة ، أو اشعر بالملل ، أو حزينًا أو سعيدًا)

*لست مهتمًا بالطعام

*اكل لانني مضطر ان اكل

*معظم اكل في الليل

*أتناول الوجبات السريعه كثيرا

- كم عدد اكواب القهوة التي تتناولها يوميا؟ و ما هو نوع القهوة التي تتناولها؟

- هل لديك أي مشكلة غذائية:

- هل تمر بالأعراض التالية:

*انتفاخ

*حرقه في المعدة

*غثيان / قيء

*آلام في المعدة

*إسهال

DR. YASO

NUTRITION & HEALTH FREE ZONE



استدعاء اخر 24 ساعة

	في الصباح الباكر
	الفتور
	منتصف اليوم
	الغداء
	الوجبات البينية
	العشاء
	وقت النوم
	المشروبات

NUTRITION & HEALTH FREE ZONE

www.dryasobeautyclinic.com | Pennsylvania-USA | M:+12672301072 info@dryasobeautyclinic.com