



قد:



وزن:



سن:

در مورد سوالات زیر اگر توضیحی نیاز هست اضافه کنید

۱۵. مصرف سیگار / قلیون؟ ☐ بله ☐ خیر

توضیحات:

۱۶. مصرف الکل؟ ☐ بله ☐ خیر

توضیحات:

۱۷. افسردگی؟ داروهای مصرفی؟ ☐ بله ☐ خیر

داروها:

توضیحات:

۱۸. اضطراب؟ داروهای مصرفی؟ ☐ بله ☐ خیر

داروها:

توضیحات:

۱۹. اختلال دوقطبی؟ داروهای مصرفی؟ ☐ بله ☐ خیر

داروها:

توضیحات:

۲۰. تشنج؟ داروهای مصرفی؟ ☐ بله ☐ خیر

داروها:

توضیحات:

۲۱. کم کاری تیروئید؟ ☐ بله ☐ خیر

داروها:

توضیحات:

۲۲. تخمدان پلی کیستیک / اختلال عادت ماهیانه؟

داروهای مصرفی؟ ☐ بله ☐ خیر

داروها:

توضیحات:

۲۳. کبد چرب؟ ☐ بله ☐ خیر

توضیحات:

۲۴. خواب در خواب؟ ☐ بله ☐ خیر

۱. سابقه کاهش وزن با رژیم یا ورزش؟ ☐ بله ☐ خیر

توضیحات:

۲. سابقه بوتاکس معده؟ ☐ بله ☐ خیر

توضیحات:

۳. تزریق آمپول ها با داروهای لاغری؟ ☐ بله ☐ خیر

توضیحات:

۴. سابقه بیماری خاص؟ ☐ بله ☐ خیر

توضیحات:

۵. سابقه جراحی؟ ☐ بله ☐ خیر

توضیحات:

عادات غذایی شما :



۶. تعداد وعده های اصلی غذایی در روز؟

۱ ۲ ۳ ۴ ☐ بیشتر از ۴ ☐

۷. ریزه خواری (دائما در حال خوردن هله هوله هستم)؟

آبله ☐ خیر ☐ توضیحات:

۸. حجیم خواری (وعده غذایی اصلی را کامل میخورم)؟

آبله ☐ خیر ☐ توضیحات:

۹. فست فود Fast Food چند بار در ماه؟

هیچ ☐ ۱-۱ بار ☐ ۳-۴ بار ☐ بیشتر از ۴ بار ☐

۱۰. وابستگی روزانه و شدید به شیرینی و شکلات بستنی؟

آبله ☐ خیر ☐ توضیحات:

۱۱. نیاز همیشگی به شیرینی بعد از غذا؟

آبله ☐ خیر ☐ توضیحات:

۱۲. وابستگی روزانه و زیاد به هله هوله؟

آبله ☐ خیر ☐ توضیحات:

۱۳. پر خوری عصبی؟

آبله ☐ خیر ☐ توضیحات:

۱۴. اراده و کنترل در مقابل خوردن شیرینی؟

خوب ☐ متوسط ☐ ضعیف ☐