

## استمارة التاريخ الغذائي

الاسم: التاريخ: العمر:  
رقم الهاتف: البريد الالكتروني:  
المقاييس الجسمية:- الوزن: الطول: مؤشر كتلة الجسم BMI :  
الاهداف من فقدان الوزن :-

.....  
.....  
صفي جسمك هل هو: غير متناسق\_ مترهل\_ نحيف\_ متناسق\_ قوي\_ اخرى:

.....  
هل تكتسب وزن بسهولة؟ هل تخسر وزن بسهولة؟

هل عادة تستعيد الوزن الذي تخسرته من الحمية؟

لكم من الوقت تستطيعين الحفاظ على الوزن الذي خسرتة:

شهر\_ شهرين\_ ٣-٦ شهور\_ ٦-١٢ شهر\_ اكثر من سنة

هل لدى احد من افراد عائلتك مشكلة في الوزن؟

متى بدأت في اكتساب وزن:

قبل سن ٥ سنوات\_ بين ١٠-٢٠\_ بين ٢٠-٣٠\_ بعد سن ٣٠\_ بعد سن اليأس

العادات الغذائية:

هل تتناول الاتي:

قهوة\_ اللحوم الجاهزة\_ السكريات المكررة\_ حلوى\_ المشروبات الغازية\_ ملح

السجائر\_ المقلبات\_ سمن\_ الشوكولاتة

المكملات الغذائية مثل:- ..... ادوية مثل:- .....

كم مقدار المستهلك من الماء يوميا:-

٤-٢ اكواب\_ ٤-٦ اكواب\_ ٦-٨ اكواب\_ ٨-١٠ اكواب\_ ١٠ واكثر

ماهى السوائل الاخرى المتناولة بانتظام :

قهوة\_ عصائر\_ حليب\_ الشاهي\_ اخرى: .....

كم كوب تتناولين من القهوة /الشاهي في كل يوم؟ .....

هل تتحكمين في المأخوذ من الملح؟ نعم\_ لا

هل تشعرين (بالامتلاء) او بعدم الراحة بعد الوجبات؟ نعم\_ لا

كم عدد المرات التي تتناولين فيها الطعام (تتضمن الوجبات الخفيفة) في اليوم؟

٥-٧ مرات\_ ٣-٥ مرات\_ ١-٣ مرات\_ اقل من مرتين في اليوم

متى تتناولين.. الفطور..... وجبة خفيفة..... الغداء..... وجبة خفيفة..... العشاء.....

اين تتناولين وجباتك؟ .....

هل تتناولين طعامك غالبا في الخارج؟ وماهي الاماكن التي تتناولين فيها الطعام؟

.....

من يعد طعامك؟ .....

هل سبق ان اتبعت حمية غذائية معينة؟ وهل كانت ناجحة؟ ولماذا؟

.....  
.....

ماهي اطعمتك المفضلة والغير مفضلة؟

.....  
.....

هل تتناولين وجبة الفطور؟ .....

متى تتناولين وجبتك الاخيرة عادة ؟ ٣-٦ مساء\_ ٦-٩ مساء\_ ٩-١٢ صباحا\_ بعد منتصف الليل

هل تشعرين بالجوع بعد الاكل بفترة قصير؟ نعم\_ لا\_ بعض الاحيان\_

هل تشعر بالنعاس خلال اليوم؟ نعم \_ لا \_ بعض الاحيان \_

كم ساعه تنامين خلال الليل؟

ماهى الاطعمة المرغوبة لديك؟ الدهون \_ السكريات \_ شوكولاتة \_ الموالح \_ الخبز \_ المعجنات \_  
الالبان \_ الكربوهيدرات

هل تستخدمين التوابل؟ كاتشب \_ مايونيز \_ صلصة \_ زبدة \_ الزيت \_ السكر/العسل

هل يجب ان تكون كمية الطعام كبيرة او تكفي بالقليل؟

هل تتناولين الطعام عندما تكونين : مكتئبة \_ مرهقة \_ سعيدة \_ لست جائعة \_ محبطة

هل معظم طعام المنزل مجمد او مصنع او معلب؟

هل تحتفلين عن طريق الاكل؟ نعم \_ لا \_ بعض الاحيان

هل تفكر بالطعام على انه مكافأه؟ نعم \_ لا \_ بعض الاحيان

هل لديك حساسية تجاه الاطعمه التالية؟ الماكولات البحرية(الجمبري-المحار) \_ المكسرات \_ القمح  
او منتجاته (المكرونه- الخبز) \_ الالبان(الحليب-البيض) \_ الحبوب \_ الذرة \_ الفواكة \_ السكر\_ اخرى:

كم عدد الحصص التي تأكلينها في اليوم (في المتوسط)؟

الالبان - ١ ٢ ٣ ٤ ٥ ٦ ٧ ٨ ٩ ١٠ ١١ ١٢

الخبز . الحبوب .المكرونه - ١ ٢ ٣ ٤ ٥ ٦ ٧ ٨ ٩ ١٠ ١١ ١٢

الفواكة - ١ ٢ ٣ ٤ ٥ ٦ ٧ ٨ ٩ ١٠ ١١ ١٢

الخضار- ١ ٢ ٣ ٤ ٥ ٦ ٧ ٨ ٩ ١٠ ١١ ١٢

اللحوم - ١ ٢ ٣ ٤ ٥ ٦ ٧ ٨ ٩ ١٠ ١١ ١٢

هل تتناولين اللحم؟ نعم \_ لا \_ بعض الاحيان هل تتناولين الدجاج؟ نعم \_ لا \_ بعض الاحيان

هل تتناولين السمك؟ نعم \_ لا \_ بعض الاحيان هل تتناولين البيض؟ نعم \_ لا \_ بعض الاحيان

اي نوع من منتجات الالبان تتناولين؟

اي نوع من الفواكه والخضروات تفضلين؟

## العادات الرياضية:

هل تمارسين الرياضة؟ مثل (النوع): المدة:

هل تملكين اي معدات رياضية؟ نعم (خاصة): ( لا

ماهو مستوي نشاطك اليومي؟ منخفض\_ معتدل\_ متوسط\_ نشيط

ماهو جدول عملك؟ دوام جزئي\_ ساعات العمل المعتادة\_ عمل متقطع\_ ربة منزل\_ لاشي

## التاريخ الطبي:

- انيميا - فقدان الشهية - سمنة - نزيف اللثة - ضغط (مرتفع-منخفض) - ضيق التنفس -
- الشره المرضي - سرطان - الام الصدر - تليف الكبد - القولون - عيب خلقي -
- قصور في القلب - اكتئاب - السكري - اضطرابات الجهاز الهضمي - قرحة - دوخة -
- العطش المفرض - حالات اغماء - تساقط الشعر - مشاكل القلب - حساسية من أي نوع .

اخرى: .....

ما هو الدافع الاكبر لتغيير حالتك؟

.....

من هم الأشخاص الذين يدعمونك في تغيير حالتك؟

.....

ماهية الحواجز التي تعيقك عن تحقيق اهدافك؟

.....

هل تعتبرين نفسك منضبطة؟ ولماذا؟

.....