

فرم پرونده رژیم درمانی

اطلاعات شخصی:

نام و نام خانوادگی

جنسیت: زن ☐ مرد ☐ تاریخ تولد: _____ سن: _____

شماره تماس: _____

وضعیت تأهل: ☐ متاهل ☐ مجرد ☐ متأهل

شغل: _____

آدرس: _____

اندازه‌گیری‌های اولیه

قد	وزن	دور کمر	دور باسن	شاخص توده بدنی (BMI)

سابقه پزشکی و خانوادگی

آیا بیماری خاصی دارید؟ ☐ بله ☐ خیر → اگر بله، توضیح دهید:

.....

سابقه بیماری در خانواده:

☐ دیابت ☐ فشار خون ☐ چربی خون ☐ بیماری قلبی ☐ سرطان ☐ سایر _____ :

آیا داروی خاصی مصرف می‌کنید؟ ☐ بله ☐ خیر → نام داروها:

.....

آیا مکمل یا ویتامین مصرف می‌کنید؟ ☐ بله ☐ خیر → نوع مکمل:

.....

سابقه رژیم غذایی

آیا قبلاً رژیم گرفته‌اید؟ ☐ بله ☐ خیر

نوع رژیم‌ها _____ :

نتیجه و رضایت از آن‌ها _____ :

عادات غذایی روزانه

وعده صبحانه □ همیشه □ گاهی □ هیچ وقت

وعده نهار □ همیشه □ گاهی □ هیچ وقت

وعده شام □ همیشه □ گاهی □ هیچ وقت

میان وعده □ بله □ خیر → چند بار در روز _____

مصرف آب روزانه : _____ لیوان

علاقه به خوراکی های خاص : _____

پر خوری عصبی یا احساسی دارید؟ □ بله □ خیر

فعالیت بدنی

میزان فعالیت بدنی :

بدون فعالیت □ سبک (کمتر ۱۵۰ دقیقه) □ متوسط (۱۵۰ دقیقه) □ شدید (بیشتر ۱۵۰ دقیقه) □

نوع فعالیت / ورزش : _____

تعداد دفعات در هفته _____ : مدت زمان هر بار _____ دقیقه

هدف از مراجعه

کاهش وزن □ افزایش وزن □ تناسب اندام □ بهبود بیماری □ اصلاح سبک زندگی □

سایر : _____

توضیحات تکمیلی

تاریخ مراجعه بعدی : _____

امضا و تاریخ مراجعه :

جدول پیگیری مراجعات و روند پیشرفت

امضا مشاور	توصیه‌ها	تغییرات رفتاری/رژیمی	دور کمر (cm)	وزن (kg)	تاریخ مراجعه

رضا رمضانی، کارشناس ارشد تغذیه و رژیم درمانی، شماره نظام پزشکی: ن.ت-۷۹۱۶