

Kwestionariusz dietetyczny

Imię i nazwisko		Data	
Płeć (M, K)		Wiek (lat)	
Wzrost (cm)		Waga (kg)	
Cel wizyty			
Choroby przewlekłe		☐ NIE ☐ TAK	
Refluks/gazy/wzdęcia		☐ NIE ☐ TAK	
Infekcja bakterią <i>Helicobacter pylori</i> (owrzodzenie żołądka lub dwunastnicy)		☐ NIE ☐ TAK	
Wypróżnienia (częstotliwość dziennie)			
Inne dolegliwości (np. bóle głowy, bóle stawów, szumy uszne, itp.)		☐ NIE ☐ TAK	
Alergie pokarmowe (dzieciństwo, aktualne)		☐ NIE ☐ TAK	
Czy wśród najbliższych krewnych występuje problem z niedoczynnością tarczycy, Hashimoto, RZS, łuszczycą, toczeniem, bielactwem czy celiakią		☐ NIE ☐ TAK	
Miesiączka (brak, regularnie, nieregularnie, bolesna)		☐ BRAK ☐ REGULARNIE ☐ NIEREGULARNIE ☐ BOLESNA	
Przyjmowane leki (nazwa, dawka, czas przyjmowania)		☐ BRAK ☐ TAK	
Przyjmowane suplementy diety		☐ BRAK ☐ TAK	
Stosowane używki (alkohol, papierosy, kawa – ilość w skali dnia/tygodnia)		☐ BRAK ☐ TAK	
Dzienna aktywność – czym zajmujesz się na co dzień? (poza pracą)			
Charakter pracy (siedząca, umiarkowany ruch, dużo ruchu)		☐ SIEDZĄCA ☐ DUŻO RUCHU ☐ UMIARKOWANY RUCH ☐	
Ilość godzin snu w ciągu doby			
Czy czujesz się rano wypoczęty/a?		☐ NIE ☐ TAK	
Godzina pobudki			
Godzina zaśnięcia			
Co lubisz jeść? (preferowane produkty)			
Czego nie lubisz jeść? (czego unikać przy rozpisywaniu diety)			
Czy Twój poród odbył się drogą naturalną czy przez cesarskie cięcie?		☐ PORÓD NATURALNY ☐ CESARSKIE CIĘCIE	
Byłeś/aś karmiony piersią czy mlekiem modyfikowanym?		☐ MLEKO NATURALNE ☐ MLEKO MODYFIKOWANE	

Czy często łapiesz infekcje/przeziębienia? (jak często)	☐ NIE ☐ TAK
Czy byłeś/byłaś chorowitym dzieckiem? (opisz czy było to częste, na co chorowałeś)	☐ NIE ☐ TAK
Czy przeszedłeś/przeszłaś jakieś operacje/zabiegi? (jakie i kiedy)	☐ NIE ☐ TAK
Czy masz problemy z trądzikiem? (w przeszłości/aktualne)	☐ NIE ☐ TAK
Zjadasz posiłki przygotowane w domu czy stołujesz się poza domem?	☐ W DOMU ☐ POZA DOMEM
Czy zauważasz, że po źle przespanej nocy masz większą ochotę na słodkie przekąski?	☐ NIE ☐ TAK
Czy po posiłku obiadowym masz chęć na zjedzenie „czegoś słodkiego”?	☐ NIE ☐ TAK
Czy są potrawy/produkty po których czujesz się źle? (jakie)	☐ NIE ☐ TAK
Kondycja przewodu pokarmowego i stan mikrobioty jelitowej (jeżeli tak, to rozwinąć jak często)	
Mam częste wzdęcia (jeśli tak – jakie potrawy/produkty)	☐ NIE ☐ TAK
Mam częste gazy (jeśli tak – jakie potrawy/produkty)	☐ NIE ☐ TAK
Mam nieregularny rytm wypróżnień (zaparcia, biegunka)	☐ NIE ☐ TAK
Zapach stolca jest nieprzyjemny i drażniący	☐ NIE ☐ TAK
Po posiłku czuję się ociężały/a i śpiący/a	☐ NIE ☐ TAK
Przebyłem/am zapalenie żołądka i jelit (wrzody, stany zapalne)	☐ NIE ☐ TAK
Zażywałem/am ostatnio antybiotyki	☐ NIE ☐ TAK
W dzieciństwie przebyłem/am zapalenie ucha środkowego	☐ NIE ☐ TAK
Mam problemy skórne – pokrzywka, egzema, atopowe zapalenie skóry, łuszczyca, przesuszona skóra	☐ NIE ☐ TAK
Mam problemy z trądzikiem/trądzikiem różowatym (w przeszłości/obecnie)	☐ NIE ☐ TAK
Mam astmę oraz nawracające problemy alergiczne	☐ NIE ☐ TAK
Mam częste, nawracające infekcje bakteryjne dróg moczowo-płciowych	☐ NIE ☐ TAK
Mam migrenowe/napięciowe bóle głowy	☐ NIE ☐ TAK
Często zauważam u siebie spadki nastroju, wzmożoną drażliwość i nerwowość	☐ NIE ☐ TAK
W trakcie dnia odczuwam głód cukrowy – silną chęć na zjedzenie czegoś słodkiego	☐ NIE ☐ TAK
Po posiłku obiadowym jestem senny/a i odczuwam spadek energii	☐ NIE ☐ TAK
Mam nieprzyjemny zapach z ust	☐ NIE ☐ TAK