

Diario Alimentare

E' uno strumento semplice e pratico aiuta a prendere coscienza delle proprie abitudini alimentari

Il paziente si impegna quotidianamente per una settimana ad annotare abitudini alimentari

Dati anagrafici:

Cognome
Nome
Indirizzo
Telefono
E-mail
Data di nascita
Attività lavorativa

La tua storia :

1. A che età hai iniziato ad aumentare di peso in modo significativo?

- Nell'infanzia
- Durante l'adolescenza
- Tra i 20 e i 30 anni
- Dopo i 30 anni

2. Hai mai seguito diete fai-da-te? Le hai portate a termine?

- Sì, ma non hanno funzionato ed ho smesso subito
- Sì, ma hanno funzionato solo per un breve periodo
- No, ma vorrei
- No, so che non funzionano

3. Quante volte hai iniziato una dieta controllata da uno specialista e poi

- Hai ripreso peso?
- Mai
- Una volta
- Più volte

4. Nella tua famiglia ci sono persone obese?

- No
- Sì, ma poche



**GIOVANNI
PAOLO II**
CENTRO SALUTE

- Sì, siamo tutti sovrappeso

CENTRO SALUTE GIOVANNI PAOLO II

Obesity
CENTER
Una scelta di peso



GRUPPO SALATTO
anima e cuore.

5. Cosa ti motiva a voler ridurre il tuo peso?

- Ragioni estetiche
- Ragioni di salute

Descrivi, di seguito (colazione, pranzo, cena) cosa hai mangiato nell'ultima settimana:

Lunedì _____

Martedì _____

Mercoledì _____

Giovedì _____

Venerdì _____



Sabato _____

Domenica _____
