

Questionnaire réglage alimentaire

Nom

Prénom

Email

Confirmation email

Téléphone

Date de naissance

Poids actuel

Poids le plus élevé que vous ayez pesé

Poids le plus bas que vous ayez pesé

Taille

Mon objectif santé est:

Mon état de santé actuel est :

Les opérations que j'ai subit sont :

Suis je suivit médicalement?

Les maladies que j'ai contracté tout au long de ma vie sont :.

Les douleurs que j'ai sont (où quand intensité)

Mon sommeil est :

Ma vitalité est (faible, normal, excellente):

Mon état émotionnel est :

Mon état mental est :

Mon appétit est :

Ma digestion est :

Ma langue est : (rose, blanche, violacée, fendue au milieu, petite, grande...)

Mon teint est : (pâle, rouge, halé...)

Santé de votre circulation: varices, hémorroïdes, frilosités aux extrémités, jambes lourdes...

Ma frilosité est :

Sous médication, si oui préciser quel médicament. Depuis combien de temps?

Mes selles sont (couleur, dures, liquide, combien de fois par jour...) :

Que mangez-vous au petit déjeuner ?

Que mangez vous le matin entre le petit déjeuner et le déjeuner ?

Que mangez vous au déjeuner ?

Que mangez vous dans l'après-midi ?

Que mangez-vous à 17-30 heures ?

Que mangez-vous au dîner ?

Que mangez-vous le soir après dîner devant la télévision ?

Manger vous dans la nuit? Si oui quelle heure et quelle alimentation?

Mangez-vous entre les repas? Si oui à quelle heure et quels aliments?

Vos aliments sont: Industriels, conserves, congelés, biologiques, locaux, biodynamique, frais.

Mode cuisson: grillé, four, étouffée, micro onde, plaque à induction, gaz., cru, froid, réchauffé.

Faites vous un plat pour plusieurs jours, puis réchauffé? Si oui quel type de plat? Combien de fois par semaine?

Que buvez vous dans la journée et dans les repas ?

Boissons: Prenez-vous des boissons en dehors des repas? Si oui lesquels? Avec ou sans sucre? Café sucré, thé sucré, jus de coco...

Avez-vous fait une analyse de sang récemment? Si oui quels étaient les résultats? Cholestérol, transaminases, acide urique, ferritine, vitamine d, clairance créatinine, globules blancs, globules rouges, plaquettes., progestérone, œstrogènes, testostérone...

Pratiquez-vous du sport? Si oui lequel et avec quelles fréquences?

Santé des ongles? Durs, souples, cassants, fragiles, tâches blanches, difformes, homogènes...

Quel est la santé de vos cheveux? Solide, chutes importantes, gras, brillant, souple, pellicules...

Faites vous des teintures à vos cheveux? Si oui quel type de teintures et quelles fréquences?

Santé de votre peau: Sèche, souple, brillante, ridée...

Fumez-vous? Combien par jour? Quel est votre objectif concernant la cigarette?

Commentaires ou questions ?