



	نام شرکت کننده
	تاریخ تکمیل:
توسط همه زنان تکمیل شود	
[427.2]	<p>1. آیا رژیم خاصی را رعایت می‌کنید؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>اگر بله، کدام یک از رژیم‌های خاص زیر را رعایت می‌کنید؟ (تمام موارد مربوطه را انتخاب کنید):</p> <p><input type="checkbox"/> گیاهخوار <input type="checkbox"/> گیاهخوار محض <input type="checkbox"/> کم‌کالری/کاهش وزن <input type="checkbox"/> ماکروبیوتیک <input type="checkbox"/> حساسیت به غذا</p> <p><input type="checkbox"/> کم چربی <input type="checkbox"/> با کربوهیدرات کم <input type="checkbox"/> سایر: _____</p>
[362-341]	اگر بله، آیا مشکل پزشکی ویژه‌ای در خصوص این رژیم غذایی خاص وجود دارد؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
[427.3]	<p>2. آیا شما دائم اقلام غیرخوراکی می‌خورید؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>اگر بله، تمام موارد مرتبط را انتخاب کنید:</p> <p><input type="checkbox"/> خاکستر <input type="checkbox"/> گچ <input type="checkbox"/> مقادیر زیاد یخ و یا برفک یخچال</p> <p><input type="checkbox"/> جوش شیرین <input type="checkbox"/> سیگار <input type="checkbox"/> خرده‌های رنگ</p> <p><input type="checkbox"/> کبریت سوخته <input type="checkbox"/> گل <input type="checkbox"/> خاک</p> <p><input type="checkbox"/> الیاف فرش <input type="checkbox"/> گرد و غبار <input type="checkbox"/> نشاسته (لباس یا آرد ذرت) <input type="checkbox"/> سایر: _____</p>
	3. در یک روز معمولی معمولاً چند بار میوه می‌خورید؟ 5 یا بیشتر <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> هیچ <input type="checkbox"/>
	4. در یک روز معمولی معمولاً چند بار سبزیجات می‌خورید؟ 5 یا بیشتر <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> هیچ <input type="checkbox"/>
[427.2]	<p>5. چه نوع شیری می‌نوشید؟ (تمام موارد مربوطه را انتخاب کنید):</p> <p><input type="checkbox"/> شیر گاو <input type="checkbox"/> شیر بز <input type="checkbox"/> شیر برنج یا شیر بادام <input type="checkbox"/> شیر سویا <input type="checkbox"/> شیر بدون لاکتوز <input type="checkbox"/> هیچ کدام <input type="checkbox"/> سایر: _____</p> <p>چه نوع شیری می‌نوشید؟ <input type="checkbox"/> بدون چربی (خامه گرفته) <input type="checkbox"/> با چربی اندک (1%) <input type="checkbox"/> کم چرب (2%) <input type="checkbox"/> کامل <input type="checkbox"/> نامرتب <input type="checkbox"/></p> <p>در یک روز عادی چند بار شیر می‌نوشید؟</p> <p><input type="checkbox"/> 4 فنجان یا بیشتر/به دفعات زیاد در روز <input type="checkbox"/> 3 فنجان/سه بار در روز <input type="checkbox"/> 2 فنجان/دو بار در روز <input type="checkbox"/> 1 فنجان یا کمتر/یک بار در روز یا کمتر</p>
	6. در یک روز معمولی چند بار آبمیوه، نوشیدنی میوه/ورزشی، نوشابه معمولی/آب گازدار، چای شیرین و یا آب طعمدار یا شکر دار می‌نوشد؟
	در یک روز معمولی چند بار نوشابه رژیمی/آب گازدار و یا قهوه/چای می‌نوشید؟
	در یک روز عادی چند بار آب معمولی می‌نوشید؟
	7. در اکثر روزها چه نوع فعالیت جسمی انجام می‌دهید؟ (تمام موارد مربوطه را انتخاب کنید)
	<input type="checkbox"/> هیچ‌کدام <input type="checkbox"/> دویدن <input type="checkbox"/> خانه‌داری/تمیز کردن <input type="checkbox"/> دوچرخه سواری <input type="checkbox"/> بازی کردن با کودکان
	<input type="checkbox"/> قدم زدن <input type="checkbox"/> شنا کردن <input type="checkbox"/> باغبانی/کارهای حیاط <input type="checkbox"/> ژیمناستیک <input type="checkbox"/> سایر: _____
	8. در یک روز معمولی چند دقیقه را به فعالیت‌های منجر به تنفس شدید یا تعریق می‌پردازید؟
	<input type="checkbox"/> کمتر از 15 دقیقه <input type="checkbox"/> 15 دقیقه <input type="checkbox"/> 30 دقیقه <input type="checkbox"/> 45 دقیقه
	<input type="checkbox"/> 60 دقیقه <input type="checkbox"/> 1 دقیقه <input type="checkbox"/> 90 دقیقه (یک و نیم ساعت) یا بیشتر <input type="checkbox"/> کاربرد ندارد
[381]	<p>9. آیا در 12 ماه گذشته به دندانپزشک مراجعه کرده‌اید؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>آیا به پوسیدگی دندان، شکستگی دندان، خونریزی لثه، افتادن دندان و یا موقعیت نامناسب دندان که جوییدن را مشکل می‌کند دچار شده است؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p>
به سوال زیر در صورتی که پاسخ دهید که در حال حاضر باردار هستید.	
[427.5]	<p>10. کدام یک از غذاهای زیر را می‌خورید؟ (تمام موارد مربوطه را انتخاب کنید):</p> <p><input type="checkbox"/> عصاره میوه تازه یا آب سبزیجات</p> <p><input type="checkbox"/> محصولات لبنی غیرپاستوریزه (تازه و از مزرعه)</p> <p><input type="checkbox"/> پنیر نرم مثل پنیر فتا، پنیر بری، پنیر کاممبر، پنیر زنگاری، پنیر سفید اسپانیایی، پنیر مکزیکی</p> <p><input type="checkbox"/> گوشت خام یا نیمخته، ماهی، مرغ، بوقلمون یا تخم مرغ</p> <p><input type="checkbox"/> جوانه خام (یونجه، شیدر، حبوبات، تریچه)</p> <p><input type="checkbox"/> کنسرو گوشت نیمخته، گوشت آماده، هات داگ</p> <p><input type="checkbox"/> هیچ کدام از اینها</p>

شخص مسئول متخصص/مسئول تغذیه در مورد عادات غذایی و حرکتی‌تان با شما گفتگو خواهد کرد و سوالات بیشتری می‌پرسد.