

Motif de consultation

Nom:

Prénom:

date de naissance:

Age:

médecin traitant /réfèrent:

DR:

Adresse:

Tel:

Style de vie:

profession

métier

retraité

ancien métier

Situation

ex: veuf(ve) / célibataire / marié / pacsé

Nombre de personnes au foyer:

maison

appartement

étage:

animal de compagnie:

Historique du poids:

poids actuel (en kg)

poids de forme (en kg)

Habitudes alimentaires

Qui réalise les achats?

Qui cuisine?

Nombre de repas / jour

Allergies alimentaires

Aversions alimentaires

Composition habituelle des repas (journée type)

Petit déjeuner

heure

--

Lieu

--

Durée

--

Aliments	Quantité

Déjeuner

heure

--

Lieu

--

Durée

--

Aliments	Quantité

Goûter

heure

--

Lieu

--

Durée

--

Aliments	Quantité

Dîner

heure

--

Lieu

--

Durée

--

Aliments	Quantité