

**INTERVISTA STILE ALIMENTARE**

**COGNOME E NOME**

**ETA'.....H.....P.A.....CICLO MESTRUALE**  
**.....regolare.....doloroso.....GRAVIDANZE**

**PATOLOGIE**

**INTERVENTI**

**FARMACI**

**INTEGRATORI**

**FUMO**

**CAFFE**

**ALCOLICI**

**BIBITE GASSATE**

**ALLERGIE**

**INTOLLERANZE**

**STOMACO**

**COLON**

**INTESTINO.....**

**IDRATAZIONE: quanta Acqua bevi?**

**COLAZIONE.....PRANZO.....CENA.....**

**spuntino mattina.....spuntino pomeriggio .....SALTI I PASTI ? SPIZZICHI ?**

**ORARIO CRITICO**

**LAVORO**

**ORARIO**

**MENSA .....CASA.....**

**SPORT**

**ORARI**

**TEMPO LIBERO HOBBY**

**PIACE CUCINARE? .....CHI CUCINA IN CASA .....TI AIUTANO ?**

**FIGLI**

**GOLOSA + DI DOLCE .....o SALATO.....ENTRAMBI**

**TI PESI ?**

**STORIA ALIMENTARE PASSATA e ATTUALE (breve descrizione)**

**VARIE ED EVENTUALI**

