

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 pomeriggioSALTI I PASTI ? SPIZZICHI ?****ORARIO CRITICO****LAVORO****ORARIO****MENSACASA.....****SPORT****ORARI****TEMPO LIBERO HOBBY****PIACE CUCINARE?CHI CUCINA IN CASATI AIUTANO ?****FIGLI****GOLOSA + DI DOLCEo SALATO.....ENTRAMBI****TI PESI ?****STORIA ALIMENTARE PASSATA e ATTUALE (breve descrizione)****VARIE ED EVENTUALI**