

نام و نام خانوادگی:

تاریخ تکمیل فرم:

/ /

آیا بیماری خاصی دارید؟ ☐ قند خون بالا ☐ فشار خون بالا ☐ کبد چرب ☐ بیماری قلبی عروقی ☐ سایر.....

آیا سابقه شکستگی استخوان دارید؟ تعداد دفعات شکستگی علت هر کدام

Vitamin C ☐

Vitamin E ☐

Multi Vitamin ☐

آهن ☐

Magnesium/Bioelectera ☐

آیا داروی خاصی مصرف میکنید؟ ☐ بله ☐ خیر

نام داروها:

آیا مکمل ویتامینی یا مواد معدنی مصرف میکنید؟ ☐ بله ☐ خیر

در صورت استفاده نوع و مقدار آن را بنویسید:

Creatine

Whey Protein

Arginine



آیا از مکمل های پروتئینی استفاده میکنید؟ ☐ خیر ☐ بله

در صورت استفاده نوع و مقدار آن را بنویسید: گرم

الصاق عکس مکمل ها

آیا از بستگان درجه یک شما مبتلا به بیماری های زیر می باشند؟

دیابت ☐ قلبی عروقی ☐ فشار خون ☐ مشکلات کلیوی ☐ سایر:.....

آیا به غذایی خاصی آلرژی دارید؟ ☐ خیر ☐ بله چه غذایی؟

1- آیا برای جبران مقدار غذایی خورده شده از یکی از موارد ذیل استفاده میکنید؟

الف) ورزش زیاد ب) استفاده از داروهای ملین یا مسهل

ج) نخوردن غذا بعد از یک روز پر خوری

د) اقدام به استفراغ بعد از مصرف وعده غذایی

مخصوص بانوان :

2- آیا قاعدگی منظم دارید؟ ☐ بله ☐ خیر

3- فاصله بین شروع قاعدگی تا شروع قاعدگی بعدی معمولاً چند روز است؟.....