

# DIARIO ALIMENTARE

## DATI GENERALI PAZIENTE

Nome e Cognome .....

Email .....

Telefono ..... data di compilazione ..... / ..... / .....

### QUALI SONO LE TUE ABITUDINI ALIMENTARI?

(indica cosa mangi di solito)

**NON LA  
FACCIO**

Colazione .....	<input type="checkbox"/>
Spuntino .....	<input type="checkbox"/>
Pranzo .....	<input type="checkbox"/>
Merenda .....	<input type="checkbox"/>
Cena .....	<input type="checkbox"/>
Altro .....	<input type="checkbox"/>

### DOVE CONSUMI SOLITAMENTE QUESTI PASTI?

	CASA	BAR	RISTORANTE	UFFICIO	ALTROVE
Colazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>Specifica altrove</i> .....				
Spuntino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>Specifica altrove</i> .....				
Pranzo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>Specifica altrove</i> .....				
Merenda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>Specifica altrove</i> .....				
Cena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>Specifica altrove</i> .....				
Fuoripasto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>Specifica altrove</i> .....				

# DIARIO ALIMENTARE

## FREQUENZE

### CON CHE FREQUENZA SETTIMANALE MANGI?

(Indicare il numero di volte alla settimana)

- |                          |             |                          |                   |                          |              |
|--------------------------|-------------|--------------------------|-------------------|--------------------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> | Ristorante  | <input type="checkbox"/> | Caramelle / Gomme | <input type="checkbox"/> | Snack        |
| <input type="checkbox"/> | Cibi pronti | <input type="checkbox"/> | Pizzeria          | <input type="checkbox"/> | Frutta secca |
| <input type="checkbox"/> | Dolci       | <input type="checkbox"/> | Merendine         | <input type="checkbox"/> | Gelati       |
| <input type="checkbox"/> | Fast Food   |                          |                   |                          |              |

### CON CHE FREQUENZA BEVI

(Indicare il numero di volte alla settimana)

- |                          |       |                          |               |                          |       |                          |     |                          |                    |                          |      |
|--------------------------|-------|--------------------------|---------------|--------------------------|-------|--------------------------|-----|--------------------------|--------------------|--------------------------|------|
| <input type="checkbox"/> | Caffè | <input type="checkbox"/> | Bibite Gasate | <input type="checkbox"/> | Birra | <input type="checkbox"/> | The | <input type="checkbox"/> | Bevande Zuccherate | <input type="checkbox"/> | Vino |
|--------------------------|-------|--------------------------|---------------|--------------------------|-------|--------------------------|-----|--------------------------|--------------------|--------------------------|------|

Altro .....

### QUANTA ACQUA BEVI AL GIORNO

- |                          |               |                          |                 |                          |                   |
|--------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|-------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1/2 - 1 litro | <input type="checkbox"/> | Più di un litro | <input type="checkbox"/> | Oltre i due litri |
|--------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|-------------------|

### IN CHE QUANTITÀ PENSI DI FAR USO DI:

(Indicare il numero di volte al giorno)

	POCO	NORMALE	TANTO
Olio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Burro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zucchero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

# DIARIO ALIMENTARE

## QUALI SONO LE FREQUENZE E LE PORZIONI DEI PASTI PRINCIPALI?

(in seguito all'indagine alimentare del paziente, compilare il questionario indicando la frequenza settimanale e la porzione dei pasti effettuati giornalmente secondo la quantità riferita (P = Piccola; M = Media; G = Grande).

ALIMENTI	FREQUENZA A PRANZO	QUANTITÀ PORZIONE			FREQUENZA A CENA	QUANTITÀ PORZIONE		
		P	M	G		P	M	G
Pasta	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Riso	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Legumi	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Polenta	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cereali	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Minestra	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Minestrone	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insalatona	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Piatto Unico	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pasto Veloce	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uova	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carne	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pesce	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carna Conservata	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pesce Conservato	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Formaggi Freschi	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Latticini	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contorno	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frutta	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pane	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Derivati del pane	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### NOTE: