

Nom: _____ DDN (jj/mm/aa): _____ Âge: _____
Adresse: _____ Téléphone: (maison) _____
Ville: _____ (bureau) _____
Code postal: _____ (cell) _____
Courriel : _____ Où travaillez-vous ? _____
Médecin: _____ Téléphone & fax médecin _____
Comment avez-vous entendu parler de notre clinique? _____
Quels buts voulez-vous atteindre en suivant des conseils diététiques? _____

Taille: _____ Poids actuel présentement: _____ Poids habituel: _____ Poids le plus élevé atteint: _____
Poids le plus bas atteint en tant qu'adulte: _____ Que serait un poids réaliste pour vous aujourd'hui? _____

Étiez-vous d'un poids moyen à l'âge de 10 ans? Oui Non
Avez-vous perdu du poids dans le passé? Oui Non
Si oui, qu'est-ce qui a fonctionné pour vous? _____

Qui demeure avec vous? _____

Qui fait les repas à la maison? _____ Qui fait les épiceries? _____

Quel est votre breuvage non alcoolisé préféré? _____ Quelle quantité? _____

Est-ce que vous:

Buvez de l'alcool	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	quelle sorte? _____	fréquence? _____
Fumez	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	quantité par jour? _____	
Buvez de l'eau	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	quantité par jour? _____	
Dormez bien	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	heure du coucher? _____	heures sommeil? _____
Mangez en soirée	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	si oui, quoi? _____	

Allergies alimentaires-intolérances Oui Non si oui, lesquelles _____
Animaux de compagnie Oui Non lesquelles? _____ combien? _____

À quel moment de la journée avez-vous tendance de trop manger? _____

Quel(s) aliment(s) choisissez-vous de trop manger? _____

Quel est votre aliment préféré? _____ En gardez-vous à la maison? Oui Non

Avez-vous un faible pour les aliments sucrés ou salés? _____ Quel est votre dessert préféré? _____

SVP indiquez ce que vous avez consommé (aliments et breuvages) HIER.

Heures de repas: Petit déjeuner: _____ Dîner: _____ Souper: _____

Petit déjeuner: _____

Dîner: _____

Souper : _____

Mangez-vous des collations? Oui Non

Si oui, heure: _____ quoi _____ heure: _____ quoi: _____

Collations supplémentaires? _____

Comment souvent mangez-vous au restaurant par semaine?

Petit-déjeuner _____ restaurant: _____

Dîner: _____ restaurant: _____

Souper: _____ restaurant: _____

Quel est votre restaurant préféré? _____

Faites-vous de l'exercice? Oui Non Si non, pourquoi? _____

Si oui, expliquez _____

Que sont vos loisirs? _____

Renseignements ou commentaires supplémentaires sur vos habitudes alimentaires? _____

Si vous prenez des médicaments et/ou suppléments SVP les inscrire ici: (ajouter page supplémentaire si nécessaire)

Médicaments/Suppléments	Dosage	Fréquence

Merci!

Frais = Visite initiale & évaluation = \$80

Visites de suivi = \$60

Méthodes de paiement: VISA, Mastercard, Interac

POLITIQUE D'ANNULATION: sans un minimum de 48 heures d'avis, des frais de 45\$ seront payables. Merci.

L'information dont vous allez recevoir est pour vous et non transférable.

Je donne l'autorisation de communiquer des renseignements médicaux avec mon médecin et autres professionnelles de la santé.

Oui, j'accepte : _____

Signature

_____ Date

Hélène Charlebois, diététiste professionnelles

HC Nutrition Inc. Consulting and Wellness– Révisé juin 2011.