

～食事バランスチェック～

令和 年 月 日

氏名		第 子	妊娠	週 (月)
年齢	歳	現在の体重		K g
身長	cm	妊娠前の体重		K g

☆栄養士があなたの食事摂取量や傾向を診断します。

質問にお答えください。また、1日の食事内容についてご記入ください。

①1日の運動量について… 買い物 ()分 掃除・洗濯 ()分
散歩 ()分 その他 ()

②仕事について… 現在仕事をしていますか いいえ ・ はい

職業《 》 勤務時間《 》時間

③睡眠について… 1日 ()時間 (昼寝を含む)

④よく作る料理または、好きな料理は何ですか

() () () ()

⑤間食はしますか 1日 ()回で ()時に食べる

何を () どれくらい ()

⑥インスタントやレトルト食品は使いますか いいえ ・ はい

⇒どのようなものを使いますか《 》《 》

⑦毎食(1日3食) 食べますか

1.毎日食べる 2.週に4～6日食べる 3.週1～3日食べる 4.食べないときもある

*問⑦で②～④と答えた方へ○つけて下さい(複数可)

・欠食はどの食事が多いですか (朝食 ・ 昼食 ・ 夕食)

また、食べない理由は何ですか

(時間がない 体重が気になる 食欲がない 作るのが大変 その他)

⑧食生活で気になること、病院からの食事の指示等ございましたらお書きください。

[]

ありがとうございました♪