

診断者の食生活で1～10の当てはまるもの全てに○をご記入下さい。

| | | |
|----|--------------------------|--|
| 1 | 減塩しょうゆ・減塩みそを利用していますか？ | |
| 2 | 牛乳・乳製品は低脂肪や無脂肪を選んでいますか？ | |
| 3 | 食べられないもの・飲めないものはありますか？ | |
| 4 | アルコールは好きですか？ | |
| 5 | 自分で食事を作るまたは時々作る事がありますか？ | |
| 6 | ダイエットをしている。またはした事がありますか？ | |
| 7 | 洋菓子は好きですか？ | |
| 8 | 和菓子は好きですか？ | |
| 9 | 食事時間は15分未満の事が多い | |
| 10 | 昼食、夕食とも外食の日が多いですか？ | |

それは？()

どんな？()

食生活について気になることがあれば、人材バンク管理栄養士に相談できます

(相談例)

- ・子育て中で食事内容や時間が不規則になりがちです。どうしたらよろしいでしょうか？
- ・やせ型でなかなか太れないです。よいアドバイスはありますか？
- ・低糖質でエネルギーをチャージできる食習慣のアドバイスをいただきたいです。

記載内容確認のために連絡をする場合があります。連絡を希望されない場合は記入不要です。

《連絡先電話番号》

自宅 (- -) 携帯 (- -)

※連絡について時間帯等のご希望があればご記入下さい。