

健康体征报告

一、基本信息

姓 名		性 别	
年龄(岁)		身高(CM)	
体重(斤)		手机号	
地 域			

二、营养与热量分析

属 性	值
标准体重(斤)	
超重(斤)	
基础代谢 BMR(千卡)	
活动因子	
不运动总热量(千卡)	
运动总热量(千卡)	
目标(千卡)	
减脂热量控制范围(千卡)	

三、减脂自定义营养结构

营 养	蛋白质	脂肪	碳水
热量(千卡)			
质量(克)			
每公斤体重占比			

四、健康评估信息

1、减脂经历

减脂经历			
减脂遇到的困难			
减脂是否反弹		是否意识到生活习惯是减脂关键	

2、食品安全评估

调味品种	
烹调方式	
烹调频次	
洗菜方式	

3、饮食结构评估

早餐习惯	
早餐吃的食物	
午餐习惯	
晚餐习惯	
正餐中素菜占比	

最常吃的肉类			
晚餐时间		每周吃夜宵次数	
夜宵通常吃的食物			
食物的冷热偏好			
食物的口味偏好			
平均每周吃生蔬菜 几次		每周吃生蔬菜的 频次类型	
平均每天吃水果次 数		吃水果的时间段	
平时吃水果的频次		一餐吃几碗饭	
吃几成饱		吃饭速度	
饮食特点			
常吃的零食			
有无服用营养保健品			
营养保健品品牌名			
营养保健品产品名			
服用营养保健品频次			
忌口过敏食物			

4、生活习惯评估

每天的饮水量	
--------	--

喜欢喝什么水			
喝水习惯			
常喝的饮品的每周 频次			
是否喝酒			
喝酒种类			
对应酒的量			
是否抽烟			
抽烟频次和烟龄			
是否经常抽二手烟			
工作行业			
工作性质			
排便次数			
排便时间段			
排便的形状	排便的气味		
排便的速度	排便的颜色		

5、运动习惯评估

每周运动次数		每次运动的时长	
每天运动的时间			
运动			
运动场地			

6、睡眠质量评估

睡觉时间		睡眠质量	
是否有辅助入睡药物			

辅助睡眠类药物名称			
是否经常熬夜		熬夜频次	

7、既往病史/用药史评估

病史体征	
湿气数据	
气血数据	
家族疾病史	
手术史	
近期是否做过手术	
手术恢复情况	
是否长期服用药物	
长期服用的药物	
是否出现过过敏症状	

过敏症状	
过敏源	

五、营养师减脂指导

