

تاریخ مصاحبه: (روز/ماه/سال) _____ / _____ / _____	کد خانوار: _____
---	------------------

نام و نام خانوادگی: ...	کد فرد: _____
-------------------------	---------------

عادات

مصرف سیگار: خیر (بلی: تعداد روزانه: _____ چه مدت؟ _____ ماه _____ سال) گهگاهی
(ترک کرده: مدت ترک؟ _____ ماه _____ سال) (در معرض دود: مدت؟ _____ ماه _____ سال)

مصرف مواد مخدر اپیومی: خیر (بلی: چه مدت؟ _____ ماه _____ سال نوع مصرف: تزریقی تزریقی
 خوراکی مقدار مصرف روزانه: _____ گرم در روز) گهگاهی (ترک کرده: مدت ترک؟ _____ ماه _____ سال)

مصرف مواد مخدر غیر اپیومی: خیر (بلی: چه مدت؟ _____ ماه _____ سال چه نوعی؟ ...)
(ترک کرده: مدت ترک؟ _____ ماه _____ سال)

مصرف قلیان: خیر (بلی: چه مدت؟ _____ ماه _____ سال) گهگاهی
(ترک کرده: مدت ترک؟ _____ ماه _____ سال)

مصرف پپ: خیر (بلی: چه مدت؟ _____ ماه _____ سال) گهگاهی
(ترک کرده: مدت ترک؟ _____ ماه _____ سال)

مصرف الکل: خیر (بلی: چه مدت؟ _____ ماه _____ سال) گهگاهی
(ترک کرده: مدت ترک؟ _____ ماه _____ سال)

میزان فعالیت بدنی: غیرفعال فعالیت کم فعالیت متوسط فعال خیلی فعال

آیا تا به حال برای لاغر شدن رژیم غذایی گرفته اید؟ خیر بلی

در هریک از وعده های غذایی چند بار از غذاهای فرآوری شده (سوسیس، کالباس، همبرگر و...) یا کله پاچه یا جگر استفاده می کنید؟ صبحانه _____ بار در هفته/ماه ناهار _____ بار در هفته/ماه شام _____ بار در هفته/ماه

در هریک از وعده های غذایی چند بار از غذای بیرون (رستوران، آشپزخانه بیرون بر و ...) استفاده می کنید؟ صبحانه _____ بار در هفته/ماه ناهار _____ بار در هفته/ماه شام _____ بار در هفته/ماه

عوامل خطر

هایپر لیپیدمی: خیر (بلی: مدت؟ _____ ماه _____ سال) نوع: TG ↑ Chol ↑
آیا برای کنترل چربی خون بالا کاری انجام می دهید؟ خیر رژیم غذایی مصرف دارو دارو و رژیم غذایی

فشار خون بالا: خیر (بلی: مدت؟ _____ ماه _____ سال)
آیا برای کنترل فشار خون بالا کاری انجام می دهید؟ خیر رژیم غذایی مصرف دارو دارو و رژیم غذایی

دیابت: خیر (بلی: مدت _____ ماه _____ سال) کنترل: خیر بلی
درمان: رژیم غذایی قرص انسولین قرص و انسولین