



دکتر رضا امری نیا

مشاور تغذیه و رژیم درمانی

عضو آکادمی تغذیه و چاقی آمریکا (AOA)
نظام پزشکی : 71472

نام:	نام خانوادگی:	سن:	وزن:	قد:	مجرد <input type="checkbox"/>	متاهل <input type="checkbox"/>
آدرس پستی:						
تلفن ثابت:		تلفن همراه:		آدرس ایمیل:		
نوع رژیم درخواستی؟	برای کاهش وزن <input type="checkbox"/>	برای افزایش وزن <input type="checkbox"/>	سایر موارد: <input type="checkbox"/>			
میزان فعالیت روزانه؟	فعالیت سبک <input type="checkbox"/>	فعالیت متوسط <input type="checkbox"/>	فعالیت سنگین <input type="checkbox"/>			
آیا شما تحت نظر پزشک هستید؟	بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	نام بیماری:			
آیا شما دارو مصرف می کنید؟	بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	نام دارو:			
آیا شما ناراحتی گوارشی دارید؟	بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	نوع بیماری:			
آیا شما در 6 ماه گذشته تحت عمل جراحی قرار گرفته اید؟	بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	نوع جراحی:			
آیا شما نقص خاص جسمانی دارید؟	بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	نوع نقص:			
آیا شما شاغل هستید؟	بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	شغل:			
شما در روز چند ساعت کار میکنید؟	11-15 ساعت <input type="checkbox"/>	7-8 ساعت <input type="checkbox"/>	1-5 ساعت <input type="checkbox"/>			
شغل شما از چه نوعی است؟	پشت میز نشین <input type="checkbox"/>	پشت میز نشین+پیاده روی <input type="checkbox"/>	فعالیت فیزیکی مداوم <input type="checkbox"/>			
شما چند بار مسافرت می روید؟	چند بار در ماه <input type="checkbox"/>	یک بار در ماه یا کمتر <input type="checkbox"/>	سه بار در سال یا کمتر <input type="checkbox"/>			
سرعت غذا خوردن شما در چه حد است؟	کند <input type="checkbox"/>	متوسط <input type="checkbox"/>	تند <input type="checkbox"/>			
شما در شبانه روز چند ساعت می خوابید ؟	12-15 ساعت <input type="checkbox"/>	8-11 ساعت <input type="checkbox"/>	4-7 ساعت <input type="checkbox"/>			
آیا شما تا بحال رژیم گرفتید؟	بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	چند بار:			
رژیم دریافتی شما از چه نوعی بوده است؟	سرخود <input type="checkbox"/>	از پزشک تغذیه <input type="checkbox"/>	از کارشناس تغذیه <input type="checkbox"/>			
آیا رژیم قبلی موفق بوده است؟	بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	میزان کاهش یا افزایش وزن			
نحوه آشنایی شما با این مرکز کدام است؟	تابلوی تبلیغاتی <input type="checkbox"/>	دوستان یا آشنایان <input type="checkbox"/>	اینترنت <input type="checkbox"/>			
اگر از دوستان یا آشنایان از ما رژیم گرفته اند لطفا نام ایشان را بفرمایید:						
مربوط به خانمها:						
آیا شما حامله اید؟	بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	چند ماهه:			
آیا شما به بچه شیر میدهید؟	بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	مدت شیر دهی:			
چند بار زایمان داشتید؟بار	نوع زایمان:		سزارین <input type="checkbox"/>	طبیعی <input type="checkbox"/>	
اطلاعات پرداخت هزینه رژیم غذایی:						
شماره پیگیری فیش واریزی (هشتاد هزار تومان):		نام بانک:		تاریخ واریزی:		
شماره حساب : بانک ملی ایران شعبه اختیاریه تهران: 6037991155592789						