

JOURNAL ALIMENTAIRE

	Jour 1	Jour 2	Jour 3	Jour 4	Jour 5	Jour 6	Jour 7
Petit déjeuner Boisson Repas maison, bureau							
Snacks ou grignotage							
Midi lunch Boissons Resto, cantine, maison							
Goûter et boissons							
Dîner Boissons et grignotages Resto/maison							
Symptômes (Transit, ballonnements)							
Sport Stress, Détente							

HISTORIQUE

Antécédents FAMILIAUX (santé) : *(GMM : Grand-mère ou grand-père maternel ou paternel)*

MÈRE : GMM GPM

PÈRE : GMP GPM

CANCER HORMONAUX DEPENDANTS (Sein, Utérus, Ovaire, Prostate) dans la famille ? OUI NON

GROSSESSES :

TABAC OUI NON (Et antécédents) **ADDICTION ALCOOL/DROGUES/SUCRE : OUI NON (spécifier)**

NAISSANCE VOIE BASSE OU CÉSARIENNE :

PROBLÈMES DENTAIRE JEUNE : OUI NON

ALLERGIES CONNUES :

IMMUNITAIRE antécédents : Asthme, rhinite, sinusite, COVID (Long ?) :

PEAU et antécédents : Eczéma, psoriasis, urticaire, peau sèche, grasses etc. :

SYSTÈME NERVEUX : Dépression, irritabilité, anxiété, angoisses, concentration, mémorisation, jambes sans repos ? :

SOMMEIL : (Réveil nocturne, difficulté à vous endormir) :

CARDIOVASCULAIRE/métabolisme : HTA, tachycardie, retour veineux, acouphènes, diabète :

DIGESTION :

TRANSIT :

URINAIRES (Cystites, Mycoses, vessie hyperactive, HBP pour hommes) :

HORMONAL/CYCLE MENSTRUEL : (SPM, TDPM, antécédents, SOPK, Fibromes, ménopause Etc.) :

THYROÏDE : Dernière TSH (taux) :

TRAITEMENTS ACTUELS (Prenez une autre feuille ci-besoins : Laboratoires, allopathiques, posologie) :

VOTRE MOTIF PRINCIPAL DE CONSULTATION :

VOS ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX EN QUELQUES MOTS (chronologique/dates approximatives svp) : joindre dernier bilan biologique et/ou compte rendu médecin/spécialistes

