



Journal alimentaire sur 3 jours




Informations

- Nom : _____
- L'âge : _____

Mes mesures

-  Taille : _____ cm
-  Poids : _____ kg

Allergies / Intolérances

-  Allergies : _____
-  Intolérances : _____
-  Alimentation particulière : Végétarien Sans gluten Autre : _____

Digestion

- As-tu des problèmes digestifs ? Oui Non
- Si oui : Ballonnements Douleurs Reflux Diarrhée Constipation Autre : _____

Maladies et antécédents médicaux

- As-tu une ou plusieurs maladies diagnostiquées ? Oui Non
- Si oui, lesquelles ? _____

- As-tu des antécédents médicaux importants (opération, hospitalisation, etc.) ? Oui Non
- Si oui, lesquels ? _____
























Traitements et compléments alimentaires

- Prends-tu actuellement un traitement médical ? Oui Non
- Si oui, lequel/lesquels ? _____
























- Posologie (dose et fréquence) : _____

- Prends-tu des vitamines ou compléments alimentaires ? Oui Non
- Si oui, lesquels ? _____
























 JOUR 1

Moment	 Ce que je mange	 Quantité	 Ressenti
 Matin			  
 Collation			  
 Midi			  
 Goûter			  
 Soir			  
Autre			

 JOUR 2

Moment	 Ce que je mange	 Quantité	 Ressenti
 Matin			  
 Collation			  
 Midi			  
 Goûter			  
 Soir			  
Autre			

 **JOUR 3**


Moment	 Ce que je mange	 Quantité	 Ressenti
 Matin			  
 Collation			  
 Midi			  
 Goûter			  
 Soir			  
Autre			

 **Transit**

 **Fréquence**

- Combien de selles par semaine ? _____

 **Aspect (cocher)**

- ●●● (Type 1 : très dur)
- ●● (Type 2 : dur)
- ● (Type 3 : normal fissuré)
- ■ (Type 4 : normal lisse )
- ● (Type 5 : mou)
- ● (Type 6 : très mou)
- 💧 (Type 7 : liquide)

Habitudes

- 🍽️ Repas : Seul En famille
- 📺 Devant écran ? Oui Non
- 👩‍🍳 Qui cuisine ? _____
- 🏠 Maison ou 🏭 industriel ? Maison Industriel Mixte

Notes

- 😴 Sommeil : _____
- 🏃‍♀️ Activité : _____
- 🧠 Autres : _____