

## 营养处方

受检者姓名：

1. 目前您的饮食生活习惯如何？

- ☐ 有很多地方需要改变。
- ☐ 一般。
- ☐ 良好，有利于预防疾病并保持健康。

2. 关于改善饮食生活习惯的处方

- ☐ 每天喝1杯以上的低脂肪牛奶、酸奶或者钙质强化豆浆。
- ☐ 每天3次以上吃豆类、豆腐类、鱼类以及肉类食物。
- ☐ 每顿吃一盘以上的野菜、蔬菜叶以及沙拉等食物。
- ☐ 少吃油炸或炒类食品，而尽量多吃烤类、蒸类和拌菜类食品。
- ☐ 吃肉类应以瘦肉为主，吃鸡鸭肉时，最好去掉皮后吃。  
鳗鱼、鱼子及鱼内脏也不要经常吃。
- ☐ 尽量少吃冰淇淋、饼干、蛋糕、饮料等以单纯糖为主的甜点。
- ☐ 汤类料理尽量少喝汤水，只吃汤里的东西，且少吃鱼子酱、酱菜等咸菜。
- ☐ 不要落下早餐，需要培养一日三餐按时吃饭的进餐习惯。
- ☐ 不要偏食，每天都要吃谷类、肉·鱼类、蔬菜类、水果类以及牛奶·奶制品等各种食物。
- ☐ 要减少在外就餐的次数，即使在外面进餐，也尽量避免咸辣、油腻的食物。

3. 改变饮食习惯后，您的下列疾病将会有所好转。

- |                                |                                    |
|--------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 高血压   | <input type="checkbox"/> 糖尿病       |
| <input type="checkbox"/> 心脏疾病  | <input type="checkbox"/> 血脂障碍(高血脂) |
| <input type="checkbox"/> 脑瘫    | <input type="checkbox"/> 末梢血管疾病    |
| <input type="checkbox"/> 骨质疏松症 | <input type="checkbox"/> 肥胖/超体重    |
| <input type="checkbox"/> 痛风    | <input type="checkbox"/> 其他:       |

4. 其他意见(必要时填写，不超过100字)

\_\_\_\_\_  
主治医师姓名 / 签名：

※ 此处方笺是为了改变受检者的生活习惯而开出的，而不得把此处方笺用于投药或药品调剂的目的。