

## Phiếu đánh giá thói quen sinh hoạt liên quan đến bệnh béo phì

Họ tên người đến khám

Đối tượng được đánh giá thói quen kiểm soát cân nặng ☐

Không áp dụng ☐

◆ Chiều cao: \_\_\_\_\_cm

◆ Trọng lượng: \_\_\_\_\_kg

◆ Vòng eo: \_\_\_\_\_cm

◆ Chỉ số khối cơ thể: \_\_\_\_\_kg/m<sup>2</sup>

1. Trọng lượng hiện tại của bạn có tăng lên 10 kg so với trọng lượng của những năm ở lứa tuổi từ 15-20 hoặc từ 20-25 không?

☐ Có

☐ Không

2. Cho tới nay, bạn đã thử giảm cân bao nhiêu lần?

☐ Chưa thử lần nào

☐ 1~3 lần

☐ Trên 4 lần

☐ Vẫn luôn cố gắng giảm cân

3. Bạn có quan tâm đến việc duy trì trọng lượng cơ thể bình thường qua việc giảm cân không?

☐ Hầu như không quan tâm

☐ Có quan tâm

☐ Rất quan tâm