

## استبيان الغذاء والصحة للكبار

التعليمات: يرجى وضع علامة على الإجابة التي تصف بشكل أفضل كيف تقوم بهذه الأشياء عادة.

1. كم مرة في اليوم تأكل الفواكه؟

أمثلة عن الفواكه التفاح، الموز، البرتقال، العنب، الزبيب، البطيخ والتوت. بالإضافة إلى الفاكهة الطازجة، المجمدة، المجففة أو المعلبة. لا تشمل العصير.

- نادراً ما أتناول الفواكه
- أقل من مرة واحدة في اليوم (مرتين في الأسبوع)
- مرة واحدة في اليوم
- مرتان في اليوم
- ثلاث مرات في اليوم
- أربع مرات أو أكثر في اليوم

3. خلال الأسبوع الماضي، كم عدد الأيام التي تناولت فيها الخضراوات الحمراء والبرتقالية؟

أمثلة على الخضراوات الحمراء أو البرتقالية الطماطم، الفلفل الأحمر، الجزر، البطاطا الحلوة، القرع الشتوي، واليقطين.

- لم أتناول الخضراوات الحمراء والبرتقالية
- يوم واحد في الأسبوع
- يومان في الأسبوع
- ثلاث أيام في الأسبوع
- أربعة أيام في الأسبوع
- خمسة أيام في الأسبوع
- 6 أو 7 أيام في الأسبوع

5. كم مرة تشرب المشروبات الغازية العادية (وليس مشروبات الحمية)؟

- أبداً
- مرة إلى ثلاث مرات في الأسبوع
- 4-6 مرات في الأسبوع
- مرة واحدة في اليوم
- مرتان في اليوم
- ثلاث مرات في اليوم
- 4 مرات أو أكثر في اليوم

2. كم مرة في اليوم تأكل الخضراوات؟

أمثلة على الخضراوات السلطة الخضراء، الذرة، الفاصوليا الخضراء، الجزر، البطاطا، الخضراوات والقرع. كذلك تشمل الخضراوات الطازجة والمعلبة والمجمدة. لا تحسب البطاطا المقلية أو رقائق البطاطا أو الأرز.

- نادراً ما أكل الخضراوات
- أقل من مرة واحدة في اليوم (مرتين في الأسبوع)
- مرة واحدة في اليوم
- مرتان في اليوم
- ثلاث مرات في اليوم
- أربع مرات أو أكثر في اليوم

4. خلال الأسبوع الماضي، كم عدد الأيام التي تناولت فيها الخضراوات ذات اللون الأخضر الداكن؟

أمثلة على الخضراوات ذات اللون الأخضر الداكن البروكلي، السبانخ، الخس الأخضر الداكن، اللفت الأخضر، أو الخردل الأخضر.

- لم أتناول الخضراوات ذات اللون الأخضر الداكن
- لمدة يوم واحد في الأسبوع
- يومان في الأسبوع
- ثلاث أيام في الأسبوع
- أربعة أيام في الأسبوع
- خمسة أيام في الأسبوع
- 6 أو 7 أيام في الأسبوع

6. كم مرة تشرب عصير الفاكهة، مشروبات الفاكهة، الشاي الحلو أو المشروبات الرياضية؟

- أبداً
- مرة إلى ثلاث مرات في الأسبوع
- 4-6 مرات في الأسبوع
- مرة واحدة في اليوم
- مرتان في اليوم
- ثلاث مرات في اليوم
- 4 مرات أو أكثر في اليوم

هناك المزيد في الصفحة التالية

@ مؤسسة ميشيغان لللياقة البدنية 2021  
هذه المؤسسة هذه تقدم فرصاً متكافئة للجميع.  
أسئلة مقتبسة من الاستبيان الموسع للتحقيق الغذائي والتغذوي للأغذية والنشاط البدني ومراكز السيطرة على الأمراض والوقاية منها وتدابير جودة الحياة المتعلقة بالصحة

MICHIGAN  
FITNESS  
FOUNDATION

كيف تصف نفسك؟

أنثى

ذكر

غير مذكور (يمكن تحديده هنا)

أفضل عدم الإجابة

كيف تصف نفسك (اختر واحدًا أو أكثر)؟

هنود أمريكيون أو سكان ألاسكا الأصليين

آسيوي

أسود أو أمريكي من أصل أفريقي

مواطن أمريكي أو غيره من سكان جزر المحيط

الهادئ

أبيض

غير مذكور (يمكن تحديده هنا)

أفضل عدم الإجابة

كيف تصف نفسك؟

اسباني / لاتيني

غير اسباني / لاتيني

أفضل عدم الإجابة

← هناك المزيد في الصفحة التالية

متى يصادف عيد ميلادك

ما هو الحرف الأول  
من إسمك الأوسط؟  
كم عمرك؟

اختر شهر ميلادك.

إختر يوم عيد  
ميلادك.

A <input type="checkbox"/>		
B <input type="checkbox"/>		
C <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	كانون الثاني/يناير <input type="checkbox"/>
D <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	شباط/فبراير <input type="checkbox"/>
E <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	آذار/مارس <input type="checkbox"/>
F <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	نيسان/أبريل <input type="checkbox"/>
G <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	أيار/مايو <input type="checkbox"/>
H <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	حزيران/يونيو <input type="checkbox"/>
I <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	تموز/يوليو <input type="checkbox"/>
J <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	آب/أغسطس <input type="checkbox"/>
K <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	أيلول/سبتمبر <input type="checkbox"/>
L <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>	تشرين الأول/أكتوبر <input type="checkbox"/>
M <input type="checkbox"/>	11 <input type="checkbox"/>	تشرين الثاني/نوفمبر <input type="checkbox"/>
N <input type="checkbox"/>	12 <input type="checkbox"/>	كانون الثاني/ديسمبر <input type="checkbox"/>
O <input type="checkbox"/>	13 <input type="checkbox"/>	
P <input type="checkbox"/>	14 <input type="checkbox"/>	
Q <input type="checkbox"/>	15 <input type="checkbox"/>	
R <input type="checkbox"/>	16 <input type="checkbox"/>	
S <input type="checkbox"/>	17 <input type="checkbox"/>	
T <input type="checkbox"/>	18 <input type="checkbox"/>	
U <input type="checkbox"/>	19 <input type="checkbox"/>	
V <input type="checkbox"/>	20 <input type="checkbox"/>	
W <input type="checkbox"/>	21 <input type="checkbox"/>	
X <input type="checkbox"/>	22 <input type="checkbox"/>	
Y <input type="checkbox"/>	23 <input type="checkbox"/>	
Z <input type="checkbox"/>	24 <input type="checkbox"/>	
	25 <input type="checkbox"/>	
	26 <input type="checkbox"/>	
	27 <input type="checkbox"/>	
	28 <input type="checkbox"/>	
	29 <input type="checkbox"/>	
	30 <input type="checkbox"/>	
	31 <input type="checkbox"/>	