



CẦU HỎI DINH DƯỠNG TRẺ EM (2 – 5 TUỔI)

Tên bé:	Tuổi bé:	Ngày sinh của bé:
Tuổi mẹ (khoanh tròn): 19 tuổi hoặc trở xuống	20 tuổi hoặc trở lên	Tên của người điền đơn:

Vui lòng khoanh tròn hoặc viết câu trả lời của bạn cho các câu hỏi sau đây:

- Lần hẹn tiếp theo của con bạn là khi nào để: khám bác sĩ? _____ khám nha sĩ? _____
- Con bạn có xét nghiệm CHỈ trong máu? Rồi Chưa Tôi không biết Nếu rồi, khi nào? _____
- Bạn cho bé uống gì? Vitamin Fluoride Sắt Không uống gì
Bạn cho bé uống thuốc gì? _____
- Bé đang mắc bệnh gì? Dị ứng Thở khò khè Phát ban Táo bón Tiêu chảy Không bị bệnh
- Ngoài thực phẩm, bé còn ăn những thứ gì? Đất Đất sét Sợi thảm Tàn thuốc lá
Mạt sơn Bụi bặm Tro Cao xu xốp Bút chì màu Không ăn gì
Khác (liệt kê) _____
- Bạn nghĩ sao về trọng lượng của bé? Bình thường Quá thấp Quá cao
- Việc bạn hết tiền hoặc hết phiếu thực phẩm (hoặc EBT) để mua thức ăn?
Thường xuyên Thỉnh thoảng Không bao giờ

- Con bạn hoạt động thể chất mỗi ngày 60 phút trở lên (như chạy xung quanh, đi bộ, đạp xe, vui chơi, thể thao, bơi lội) được bao nhiêu **NGÀY trong một tuần**? _____ ngày mỗi tuần.
- Bao nhiêu GIỜ mỗi ngày:
 - Nhà bạn bật TV? _____ giờ mỗi ngày
 - Con bạn xem TV, sử dụng máy tính hoặc chơi trò chơi điện tử? _____ giờ mỗi ngày

Lật sang trang sau →

For Staff Use Only

Date: _____ WIC Staff Name: _____

WIC I.D. #: _____ Height _____ Weight _____ Pronto: Y N

Hgb/Hct in ISIS _____ YES: Date: _____ No: Referral given

10. Con bạn dùng vật dụng nào sau đây để ăn hoặc uống? (Khoanh tròn các vật dụng mà con bạn có sử dụng)

Sữa mẹ Sữa bình Chén Ly ống hút Muỗng Nĩa Ngón tay

11. Bao nhiêu **LẦN mỗi ngày** con bạn:

- a. Ăn rau (hơn là khoai tây chiên)? _____ lần mỗi ngày
 b. Ăn trái cây? _____ lần mỗi ngày
 c. Ăn đồ vị ngọt và/hoặc snack vị mặn? (chẳng hạn như khoai tây chiên, kẹo và bánh quy) _____ lần mỗi ngày
 d. Uống nước? _____ lần mỗi ngày
 e. Uống nước ép trái cây? _____ lần mỗi ngày
 f. Uống soda, nước tăng lực Gatorade hoặc nước ép hoa quả có đường? _____ lần mỗi ngày

12. a. Con bạn uống sữa bao nhiêu lần mỗi ngày? _____ lần mỗi ngày

b. Loại sữa mà bé thường uống nhất? Sữa nguyên chất Sữa 2% Sữa 1% Sữa không béo
 Sữa đậu nành Sữa nhân tạo Sữa mẹ Sữa ít ngọt Các loại sữa khác

13. Các loại thức ăn mà con bạn thường ăn? (Khoanh tròn các thức ăn)

- ◆ Phô mai Yaourt Phô mai gan kem Đậu hũ Bánh pudding/Bánh trứng
 ◆ Rau Trái cây
 ◆ Thịt Xúc xích nóng Thịt heo Thịt gà Gà tây Cá Đậu hạt/Đậu lăng
 Bơ đậu phộng Hamburger Trứng Các loại hạt
 ◆ Bánh mì Ngũ cốc Bánh ngô Pizza Gạo Mỳ Bánh mì ổ Bánh quy giòn Bánh mì Pan Dulce
 ◆ Kẹo Bánh quy Bánh ngọt Bánh rán Kem Khoai tây chiên
 ◆ Các loại thức ăn yêu thích khác (liệt kê) _____

14. (Các) loại thức ăn mà bé không thích hoặc không thể ăn được? _____

15. Bao nhiêu **NGÀY trong một tuần** con bạn:

- a. Ăn cơm cùng với gia đình? _____ ngày mỗi tuần
 b. Ăn thức ăn chiên rán (kể cả khoai tây chiên)? _____ ngày mỗi tuần
 c. Ăn “thức ăn nhanh” hoặc đến ăn ở nhà hàng? _____ ngày mỗi tuần
 d. Vừa ăn cơm hoặc ăn vặt vừa xem TV? _____ ngày mỗi tuần

16. Bạn sẽ mô tả ra sao về thói quen ăn uống của bé?

Bình thường Kén ăn Ăn quá nhiều Ăn quá ít Khác _____

17. Những câu hỏi nào về dinh dưỡng và sức khỏe nào mà bạn muốn thảo luận với nhân viên tư vấn của WIC ngày hôm nay? _____

For Staff Use Only

Circle Chart

