



CÂU HỎI DINH DƯỠNG TRẺ NHỎ/TRẺ LỚN (5 đến 23 tháng)

Tên trẻ nhỏ/trẻ lớn:	Tuổi trẻ nhỏ/trẻ lớn (tính theo tháng):
Tuổi mẹ (khoanh tròn): 19 tuổi trở xuống 20 tuổi trở lên	Tên của người điền đơn:

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

- Lịch hẹn khám bác sĩ lần kế tiếp cho trẻ nhỏ/trẻ lớn này là khi nào? _____
- Tôi cho bé nhỏ/bé lớn của mình uống: Vitamin Fluor Sắt dạng giọt Thuốc Không uống gì cả
Khác _____
- Bé nhỏ/bé lớn của tôi đang bị: Dị ứng Táo bón Tiêu chảy Không bệnh nào ở trên
- Bé nhỏ/bé lớn của tôi đã xét nghiệm hàm lượng CHỈ trong máu: Không Có Nếu có thì khi nào? _____
- Mức độ thường xuyên mà bạn hết tiền hoặc phiếu thực phẩm (hoặc EBT) để mua thức ăn?
Thường xuyên Thỉnh thoảng Không bao giờ
- Làm sao bạn biết khi nào thì bé nhỏ/bé lớn đã sẵn sàng ăn? _____
Làm sao bạn biết khi nào thì bé nhỏ/bé lớn đã no? _____
- Nếu bạn cho bé nhỏ/bé lớn bú mẹ:
Bạn cho bú mấy lần trong vòng 24 tiếng (ngày và đêm)? _____
Bạn muốn cho bé nhỏ/bé lớn bú mẹ trong bao lâu? _____
Việc cho bú mẹ có tốt không? (không tốt) 1.....2.....3.....4.....5 (rất tốt)
- Nếu bạn cho bé nhỏ/bé lớn bú sữa công thức:
Mức độ thường xuyên mà bé nhỏ/bé lớn của bạn bú sữa công thức? _____
Bé nhỏ/bé lớn của bạn bú bao nhiêu ounce sữa công thức mỗi lần? _____
Bạn cho bé nhỏ/bé lớn bú loại sữa công thức nào? _____
Giải thích cách bạn pha sữa công thức. _____
Việc cho bú sữa công thức có tốt không? (không tốt) 1.....2.....3.....4.....5 (rất tốt)
- Đâu là tất cả những nơi mà bé nhỏ/bé lớn của bạn bú sữa công thức? Trên giường Trên xe đẩy Trên ghế xe hơi
Khi được bế Trên ghế cao Bé tự cầm bình bú Khác _____

Vui lòng lật sang trang →

For Staff Use Only:			
Date: _____		WIC Staff Name: _____	
WIC I.D. #: _____	Height _____	Weight _____	Please circle: SR SM SA/SH Pronto: Y N
Immunization Assessment:			
DTaP doses needed by this age:			
3 mo. 1	5 mo. 2	7 mo. 3	19 mo. 4
Check (✓) current IZ status below for all infants:			
__UTD		__Not UTD (Ref. & Ed. given)	
__No IZ Card			
Hgb/Hct in ISIS: __YES: Date of Blood Test _____ __NO: Referral Given, HOLD Placed			

10. Bé nhỏ/bé lớn của bạn dùng bình hoặc cốc để uống gì?

Nước	Nước gạo	Nước trái cây bằng bột pha/Kool Aid	Sữa mẹ
Nước đường	Ngũ cốc	Soda	Cà phê
Nước mật ong	Sữa không béo	Nước chan	Trà
Nước pha xirô Karo	Sữa ít béo	Nước ép	Pedialyte
Nước thạch Jell-O	Sữa bột nguyên chất	Nước tăng lực – Gatorade	Trà Manzanilla/Chamomile
Khác _____			

11. Bạn cho bé nhỏ/bé lớn ăn gì? Thức ăn gia đình hoặc ăn chung với cả nhà Thức ăn đóng hộp dành cho trẻ em
Cả hai Chưa cho ăn

12. Bạn cho bé nhỏ/bé lớn ăn loại thức ăn nào?

Sệt	Miếng nhỏ	Băm nhỏ	Miếng mềm	Khác _____
-----	-----------	---------	-----------	------------

13. Bé nhỏ/bé lớn của bạn ăn các loại thực phẩm nào?

Ngũ cốc nóng/lạnh	Thịt bò/gà/cá	Trái cây	Sữa chua	Bánh quy giòn	
Cơm	Lòng đỏ trứng/lòng trắng trứng	Rau củ	Kem	Kẹo	
Mì sợi/mì Ý	Bơ đậu phộng	Các loại đậu	Bánh pudding/bánh trứng	Các loại hạt	
Bánh ngô	Thịt que	Súp	Kem cây	Bắp rang	
Bánh mì/bánh mì nướng	Bánh hotdog	Phô mai	Nho khô	Bánh ngọt	
Khoai tây chiên	Bánh rán	Tàu hũ	Mật ong		
Khác (liệt kê) _____					

14. Ngoài thực phẩm, bé nhỏ/bé lớn của bạn còn ăn gì khác?

Đất	Đất sét	Sợi thảm			
Tàn thuốc	Mạt sơn	Bụi	Tro	Cao su xốp	Bút chì màu
Không ăn gì cả	Khác (liệt kê) _____				

15. Bé nhỏ/bé lớn của tôi ăn uống bằng các vật dụng sau:

Bình	Cốc	Bình ống hút
Muỗng	Nĩa	Tay

16. Bao nhiêu **TIẾNG mỗi ngày**:

a. Bạn bật tivi trong nhà? _____ tiếng mỗi ngày

b. Bé nhỏ/bé lớn của bạn xem tivi, sử dụng máy vi tính hoặc chơi game video? _____ tiếng mỗi ngày

17. Các vấn đề dinh dưỡng và sức khỏe nào mà bạn muốn thảo luận với tư vấn viên WIC ngày hôm nay? _____

For Staff Use Only

Circle Chart

