



## 產後婦女營養問卷

姓名：	年齡：	日期：
-----	-----	-----

請針對下列問題，請勾選或寫下您的答案：

1. 您擁有的健康保險為？ <input type="checkbox"/> 加州醫療補助/白卡(Medi-Cal) <input type="checkbox"/> 私人保險公司 <input type="checkbox"/> 其他：_____ <input type="checkbox"/> 無
2. 您的產後 6 週體檢或下次約診的時間為？_____
3. 您有下列健康狀況嗎？ <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 憂鬱或其他精神健康問題 <input type="checkbox"/> 其他：_____ <input type="checkbox"/> 無
4. 上次懷孕期間您是否患有妊娠糖尿病？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不清楚
5. 您服用以下哪些健康食品/藥劑？ <input type="checkbox"/> 孕期維他命 <input type="checkbox"/> 含葉酸綜合維他命 <input type="checkbox"/> 鐵劑 <input type="checkbox"/> 其他維他命/礦物質 <input type="checkbox"/> 瀉藥 <input type="checkbox"/> 非處方藥 (Tylenol、阿斯匹靈等) <input type="checkbox"/> 中藥 <input type="checkbox"/> 居家療法 (請列舉) _____ <input type="checkbox"/> 其他藥物 _____ <input type="checkbox"/> 無
6. 您對您目前體重的想法是？ <input type="checkbox"/> 我想增重 <input type="checkbox"/> 尚可 <input type="checkbox"/> 我想減重
7. 您進行 30 分鐘或以上適度或劇烈活動 (運動) 的頻率為一週幾天？(例如：走路、慢跑、跳舞、游泳、騎自行車、有氧舞蹈、足球) 請擇一圈選： 1 天 2 天 3 天 4 天 5 天 6 天 7 天 <input type="checkbox"/> 無
8. 過去 12 個月裡您看過幾次牙醫？ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 1 次 <input type="checkbox"/> 2 次以上
9. 您花完食物預算或電子福利食物卷 (EBT food stamp) 的頻率？ <input type="checkbox"/> 經常 <input type="checkbox"/> 偶爾 <input type="checkbox"/> 從不
10. 當您需要幫助時 (例如幫忙看顧小孩或寵物、載您去看醫生或購物、或生病時從旁協助)，您附近有幾個人可提供協助？_____
11. 過去 2 週來，您對大小事提不起勁的頻率為？ <input type="checkbox"/> 不會 <input type="checkbox"/> 幾天 <input type="checkbox"/> 大部分的時間都會 <input type="checkbox"/> 幾乎每天都會
12. 過去 2 週來，您感覺沮喪、憂鬱、無助的頻率為？ <input type="checkbox"/> 不會 <input type="checkbox"/> 幾天 <input type="checkbox"/> 大部分的時間都會 <input type="checkbox"/> 幾乎每天都會
13. 您有下列哪些習慣？ <input type="checkbox"/> 抽菸 <input type="checkbox"/> 喝酒 <input type="checkbox"/> 吸大麻 <input type="checkbox"/> 其他：_____ <input type="checkbox"/> 無

請參閱背面 →

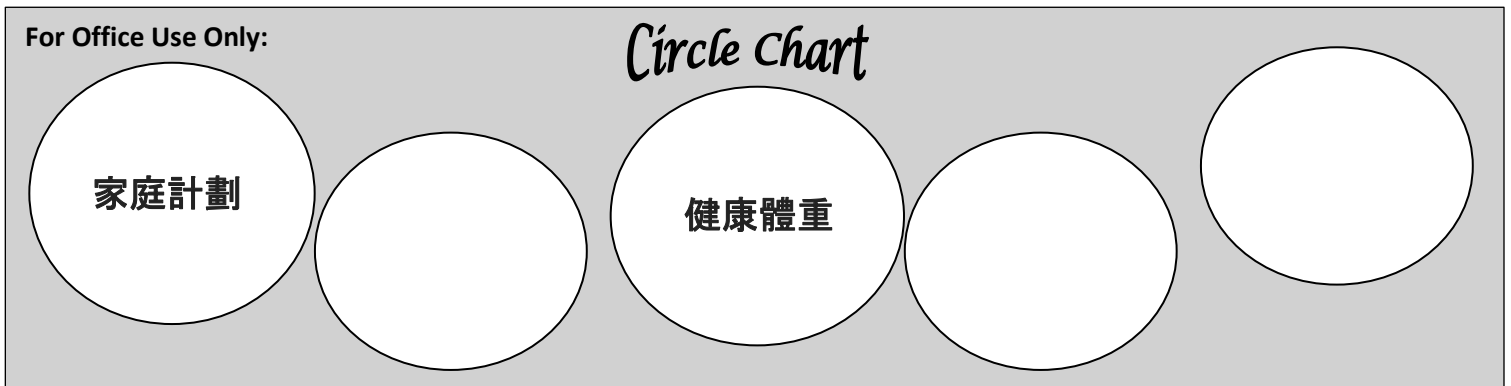
<b>For Staff Use Only</b>	
Date: _____	WIC Staff Name: _____
WIC I.D. #: _____	Height _____ Weight _____ Pronto: Y N
Hgb/Hct in ISIS _____ YES: Date: _____	No: Referral given _____

14. 您目前是否懷孕了？  是  否  我不清楚
15. 您計劃於何時再次懷孕？  沒有計畫  0-6 個月內  7-12 個月內  1-2 年內  2 年以後
16. 您目前是否有避孕措施？  是  否  我已作過輸卵管結紮手術  
 如果是，您目前的避孕措施為？
- 無  避孕藥  避孕器  避孕隔膜/子宮帽/避孕棉  
 禁慾  保險套  避孕劑甲孕酮  子宮頸避孕環  
 月經週期法  殺精劑 (泡沫/凝膠)  性交中斷法  其他： \_\_\_\_\_
17. 您是否有利用家庭生育計畫 (Family PACT) 服務 (綠色健康卡/Green Health Access Programs card)？  
 是  否  我不清楚

18. 您一天的進食次數為？ \_\_\_\_\_ 餐 \_\_\_\_\_ 次點心
19. 您是否正在進行特殊的節食計畫？  是  否 如果是，請說明 \_\_\_\_\_
20. 您是否有任何限制食用或不吃的食物？  是  否 如果是，請說明 \_\_\_\_\_
21. 您經常食用/飲用哪些食物？ (複選)
- ◆ 開水 咖啡 茶 一般汽水 低卡汽水 運動飲料
  - ◆ 果汁 調酒飲料/沖泡式果汁 酒類 啤酒 葡萄酒
  - ◆ 水果 蔬菜
  - ◆ 牛奶： 零脂、1%低脂、2%低脂、全脂、低乳糖 豆漿 其他牛奶
  - 起司 優格 卡特基起司 布丁/卡士達甜點 豆腐
  - ◆ 紅肉 雞肉 火雞肉 魚肉 熱狗 堅果類 豆類或扁豆類 蛋 花生醬
  - ◆ 麵包 穀片 玉米餅 米飯 麵類 比薩 捲餅 鹹餅乾
  - ◆ 糖果 甜餅乾 蛋糕 甜甜圈 冰淇淋 洋芋片 薯條 甜麵包
  - 其他 (請列舉) \_\_\_\_\_
22. 今天您想與 WIC 諮詢人員討論的營養健康相關問題為？  
 \_\_\_\_\_

**For Office Use Only:**

## Circle Chart



家庭計劃

健康體重