MISSOURI DEPARTMENT OF HEALTH AND SENIOR SERVICES
WIC AND NUTRITION SERVICES

NUTRITION ASSESSMENT FOR INFANTS / 婴儿营养评估

参加者姓名和 DCN：	出生日期：	填表日期：

Form completed by: ☐ Parent/Guardian or WIC Staff: ☐ CPA ☐ RD ☐ Nutritionist ☐ WIC Certifier

请参考您婴孩的进食习惯并尽量回答以下问题。
请在方框内打钩 ☑ 并/或填写您的答案。

看护人

1. 您如何评价您婴孩的胃口？ ☐ 好 ☐一般 ☐差
2. 您是否注意到您婴孩的胃口近期有所变化？ ☐ 是 ☐ 否
   如果是，列出变化：
3. 医生有没有告诉您婴孩有任何健康问题或疾病？ ☐ 是 ☐ 否
   如果是，列出：
4. 您婴孩上次是什么时间看的医生？ 日期： ☐ 不知道
5. 您如何描述给婴孩喂食的过程？ 选择所有适合的答案。
   ☐ 总是顺畅 ☐ 通常顺畅 ☐ 有时顺畅 ☐从来不顺畅
6. 您婴孩能做什么？选择所有适合的答案。
   ☐ 张嘴伸向乳房或奶瓶 ☐ 喝液体食物 ☐ 有支撑的坐立 ☐ 把物体放进嘴里嚼
   ☐ 眼睛跟随物体及声音 ☐ 把手伸进嘴里 ☐ 从端着的杯子里饮水 ☐ 握瓶子不用扶持
7. 您的婴孩在 24 小时内有多少湿尿布？ ____ 湿/24 小时
8. 您的婴孩在 24 小时内有多少脏尿布？ ____ 脏/24 小时

主食

*9. 您喂您的婴孩什么样的奶？选择所有适合的答案。
   ☐ 母乳 ☐ 加铁配方奶 ☐ 低铁配方奶 ☐ 牛奶 (无脂/脱脂; 1%, 2% 或全脂)
   ☐ 米或大豆饮品 ☐ 奶粉 ☐ 浓缩牛奶 ☐ 甜炼乳
   ☐ 羊奶 ☐ 不知道 ☐ 其它:
10. 您目前母乳喂您的婴孩吗？ ☐ 是 ☐否
11. 您母乳喂过您的婴孩吗？ ☐ 是 ☐否
    如果是，多久？
12. 您如何知道您的婴孩饿了？选择所有适合的答案。
    ☐ 哭 ☐ 小声吵闹 ☐ 吮手或嘴唇 ☐ 头转向奶头或奶瓶 ☐ 其它：
13. 您如何知道您的婴孩饱了？选择所有适合的答案。
    ☐ 闭嘴 ☐ 头背向奶头或奶瓶 ☐ 顶出奶头
    ☐ 对房间其它事物感兴趣 ☐ 其它：

母乳喂养 (如果您完全或部分母乳喂婴孩)

14. 母乳喂养情况如何？
    ☐ 好；我有所需的帮助。 ☐ 还好；我有一些问题。 ☐ 不很好；我需要帮助。
15. 您在 24 小时内有几次喂奶、挤奶或吸奶？
    喂奶 ___ 次/24 小时 挤奶 ___次/24 小时 吸奶___次/24 小时
16. 您有过奶头酸痛吗？ ☐是 ☐否
17. 您能听到您的婴孩在哺乳时下咽的声音吗? ☐是 ☐否

处理挤出的母奶

18. 您如何存储挤出的母奶？ ☐ 冷冻 ☐ 冷藏 ☐ 其它：
19. 您将母乳在冰箱内存放多久后废置？____ 小时/日（选一个划圈。）
20. 您将母乳在解冻后存放多久？ ____小时/日（选一个划圈。）
21. 您如何处理奶瓶中剩余的母乳？
    ☐ 放置外面以备再用 ☐ 放回冰箱以备再用 ☐ 废置 ☐ 其它：

配方奶 (如果您的婴孩使用配方奶)

22. 您的婴孩使用那类配方奶? 名称：
    ☐ 粉类 ☐ 浓缩液体类 ☐ 即食类
23. 您的婴孩哺乳时摄取多少盎司的配方奶? ____ 盎司/次
    此外，每天哺乳几次? _____ 次/24 小时

处理配方奶

24. 您每次喂食时调制多少水和配方奶? _____ 盎司的水和 _____盎司/勺的配方奶
    配方奶是满勺还是平勺？ ☐ 满勺 ☐ 平勺
    您如何存储调制后的配方奶？ ☐ 冷藏 ☐ 其它：

25. 您将调制后的配方奶在冰箱内存放多久后废置？ ____ 小时/日 （选一个划圈。）

26. 您将配方奶瓶子在室温下放置多久？ ____ 小时

27. 哺乳后您如何处理瓶中剩余的配方奶？ ☐放置外面以备再用 ☐放回冰箱以备再用 ☐废置 ☐其它：

饮用水

28. 您使用什么样的水调制配方奶或喂婴孩饮用？
☐ 城市或农村饮用水系统 ☐ 私人水井 ☐ 瓶装水 ☐ 育儿水
a. 如果是井水，是否测试过其细菌或硝酸成分？ ☐ 是 ☐ 否 ☐ 不知道
如果是，选择测试结果。 ☐ 安全 ☐ 不安全 ☐ 不知道
b. 您知道您使用的水经过氟化吗？ ☐是 ☐否 ☐不知道

固体食物和果汁

29. 您的婴孩已经开始进食婴儿麦片、婴儿食品或餐桌食物了吗？ ☐ 是 ☐ 否
如果是，您在婴孩多大时开始喂这些食物并什么食物?
它们大多是： ☐ 糊状 ☐ 精炼或婴儿食品 ☐ 切碎的 ☐ 液状 ☐ 手拿食物 ☐ 其它：
如果是，您如何喂这些食物？ ☐ 勺 ☐ 瓶/婴儿喂食器 ☐婴儿自己进食

*30. 您的婴孩食用蜂蜜或任何含蜂蜜的全麦蜂蜜饼干、小松糕等吗？ ☐是 ☐ 否

31. 您的婴孩喝 100%的果汁吗？ ☐ 是 ☐ 否
如果是，一天喝多少盎司的纯果汁？ _____ 盎司/日

32. 您如何喂您的婴孩果汁？ ☐ 瓶 ☐ 杯

33. 您在婴孩多大时开始喂果汁的？ _____ 月

*34. 您的婴孩进食：
a. 未经低温灭菌的水果或蔬菜汁或乳制品， ☐是 ☐否
b. 软奶酪，例如 Feta, Brie, Camembert, blue-veined 奶酪、墨式奶酪， ☐是 ☐否
c. 生或微煮的肉类、鱼、鸡、火鸡或鸡蛋， ☐是 ☐否
d. 生菜芽（紫苜蓿、三叶草、豆、萝卜), ☐是 ☐否
e. 微煮或生的豆腐， ☐是 ☐否
f. 未煮的午餐肉类、熟食肉类、热狗， ☐是 ☐否

*35. 您的婴孩在使用特殊饮食吗？ ☐是 ☐否
如果是，选择或填写什么种类 ☐ 素食 ☐ 益寿有机食品 ☐ 其它：

36. 您的婴孩经常性地摄取甜食，例如棒棒糖、糖果、加糖麦片或甜点吗？ ☐是 ☐否
品种及数量：

婴儿奶瓶和吮杯

37. 您的婴孩用婴儿奶瓶和吮杯喝除母乳或配方奶之外的饮品吗？ ☐是 ☐否
如果是，选择所有适合的答案。 ☐ 牛奶 ☐ 果汁(100%) ☐ 水 ☐ 软饮料/可乐/汽水
☐ 果冻/Kool-Aid ☐ 加糖茶 ☐ 其它：

*38. 您会把葡萄糖浆/玉米糖浆或蜂蜜蘸在您婴孩的橡皮奶头上或加入您婴孩的奶瓶内吗？ ☐是 ☐否

*39. 您的婴孩晚上睡觉或白天小憩时抱着奶瓶吗? ☐是 ☐否

40. 您喂您婴孩时端持着奶瓶吗？ ☐是 ☐否

*41. 您的婴孩到处抱着奶瓶或吮杯吗？ ☐是 ☐否

补充营养

42. 您的婴孩使用任何维生素、矿物质、草药或草药营养补充剂吗？ ☐是 ☐否
如果是，选择所有适合的答案。 ☐ 婴儿综合维生素 ☐ 补充维生素 D ☐ 草药营养补充剂、药品或茶类
☐ 补充铁 ☐ 补充氟化物 ☐ 其它：

食物安全和项目参与

43. 在过去的一个月，您或您家里的任何一位因为没有足够的钱买食物曾吃的比您认为您/他们应该吃的少或全天都没吃饭？
☐是 ☐否 ☐ 不知道或拒绝回答

44. 在过去的一个月，如果您的配方奶用完了您会做什么？ 列举：

45. 您的婴孩或家庭参与以下项目吗？ ☐是 ☐否
如果是，有哪些？ ☐食物券 ☐ 家庭营养教育项目(FNEP) ☐日用品项目
☐食品储存室 ☐ 提早开始 ☐ 家长当老师
☐ 其它：

46. 您有适当的设备存储并准备食物，例如冰箱、可用的炉灶及没有疫病和有害化学成分的存储空间吗？ ☐是 ☐否

TO BE COMPLETED BY WIC OFFICE PERSONNEL ONLY

SIGNATURE (RISK ASSESSMENT):	SIGNATURE (NUTRITION COUNSELING):
DATE:	DATE:

本机构为均等机会提供者。