Bảng Câu Hỏi Dinh Dưỡng Thời Kỳ Hậu Sản

Tên:	Tuổi:

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

1. Hôm nay bạn muốn trao đổi về vấn đề gì? _____
2. Bạn làm gì để được khoẻ mạnh? _____

Thói Quen Ăn Uống của Bạn

3. Bạn cảm nhận như thế nào vệ việc ăn uống của mình hiện nay? *Tốt* *Tạm ổn* *Không tốt lắm* *Câu trả lời khác* _____
4. Bạn ăn bao nhiêu bữa ăn mỗi ngày? _____ Bao nhiêu bữa ăn nhẹ? _____
5. Bạn đi ăn bên ngoài hoặc ăn thực phẩm mua về bao nhiêu lần **mỗi tuần**? *0 1 2 3 4 5 6 7 nhiều hơn*

Thức Uống và Thực Phẩm

6. **Ngày thường** bạn uống gì? *Nước* *Sữa* *Nước trái cây* *Nước xô đa* *Cà phê* *Trà* *Nước có thêm hương vị*
   Thức uống có thêm vị trái cây *Kool-Aid hayThức uống ngọt* *Thức uống dành cho người ăn kiêng* *Thức uống năng lượng*
   Thức uống thể thao *Sữa đậu nành* *Rượu* *Bia* *Rượu Cồn* *Câu trả lời khác* _____
7. **Ngày thường** bạn ăn gì? *Bánh mì nguyên cám* *Bánh tortilla làm từ bột bắp* *Bánh tortilla làm từ bột mì nguyên cám* *Gạo lức*
   Ngũ cốc lạnh hoặc nóng *Bánh mì trắng* *Bánh tortilla làm từ bột mì* *Gạo trắng* *Mì / Bánh phở* *Bánh quy giòn*
   Rau quả (loại nào?) _____ *Bao nhiêu mỗi ngày?* _____
   Trái cây (loại nào?) _____ *Bao nhiêu mỗi ngày?* _____
   Thịt Bò *Thịt Heo* *Thịt Gà* *Thịt Gà Tây* *Cá* *Trứng* *Đậu* *Bơ Đậu Phụng* *Các Loại Hạt* *Đậu Hũ*
   Sữa không có chất béo *Sữa ít chất béo* *Sữa nguyên kem* *Sữa có thêm hương vị* *Phô mai* *Sữa chua* *Phô mai tươi*
   Khoai Tây Chiên *Khoai Tây chiên lát mỏng* *Xúc xích hot dogs* *Thịt Nguội* *Gà Chiên Bột* *Món Tráng Miệng/ Món Ăn Ngọt*
   Câu trả lời khác _____
8. Bạn có đang theo một chế độ ăn kiêng đặc biệt nào không? *Không* *Có (vui lòng giải thích)* _____
9. Bạn có hạn chế ăn hoặc không ăn loại thực phẩm nào không? *Không* *Có (vui lòng giải thích)* _____

Câu Hỏi Thêm

10. Bạn có mắc: *Bệnh Tiểu Đường (cao đường huyết)* *Thiếu Máu (hàm lượng chất sắt thấp trong máu)* *Cao Huyết Áp*
    Các vấn đề sức khoẻ tâm thần *Trầm uất* *Câu trả lời khác* _____
11. Bạn cảm thấy như thế nào về cân nặng của mình? *Muốn giảm cân* *Tạm ổn* *Muốn tăng cân*
12. Bạn có dùng những thuốc sau? *Vitamin cho sự mang thai* *Vitamin Hỗn Hợp gồm axít folic* *Các vitamin/ khoáng chất khác*
    Viên sắt *Thuốc nhuận tràng* *Dược thảo* *Thuốc không cần kê đơn* *Thuốc kê đơn*
    Phương thuốc chữa tại nhà *Câu trả lời khác* _____
13. Gần đây bạn cảm thấy trong người thế nào? *Chẳng muốn làm gì* *Buồn* *Trầm uất* *Tuyệt vọng* *Không có năng lượng*
    Vui sướng *Tạm ổn* *Cô đơn* *Bị dồn ép* *Căng thẳng* *Lo âu* *Giận dữ* *Câu trả lời khác* _____
14. Bạn có làm loại hoạt động cơ thể nào? _____ Thường xuyên như thế nào? _____
15. Nếu đang nuôi con bằng sữa mẹ, việc đó diễn ra như thế nào đối với bạn? _____
16. Bạn sẽ cần đến sự hỗ trợ gì để tiếp tục nuôi con bằng sữa mẹ nếu bạn trở lại công việc hoặc việc học? _____
17. Bạn có dự định có thêm con không? *Không* *Có (khi nào?)* _____
18. Bạn có kế hoạch gì để tránh thụ thai không? _____
19. Cuộc hẹn sắp tới với bác sĩ của bạn là khi nào? _____ Cuộc hẹn với nha sĩ lần cuối cùng là khi nào? _____
20. Bạn có bao giờ hết thực phẩm để ăn không? *Không* *Có (bạn làm gì?)* _____
21. Bạn có thắc mắc hay bận tâm gì về việc đi mua thực phẩm của WIC không? _____

_____

STAFF USE ONLY

Date: _____ Staff Name: _____

WIC ID#: _____ Height: _____ Weight: _____

CDPH

Đây là cơ quan cung cấp cơ hội bình đẳng.

CALIFORNIA WIC WOMEN, INFANTS & CHILDREN