Bảng Câu Hỏi Dinh Dưỡng cho Phụ Nữ Mang Thai

Tên:	Tuổi:	Ngày Dự Sinh:

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

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

Thói Quen Ăn Uống của Bạn

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

Thức Uống và Thực Phẩm

6. Bạn thường uống gì **hàng ngày**? *Nước* *Sữa* *Nước trái cây* *Nước xô đa* *Cà phê* *Trà* *Nước có thêm vị*
   Thức uống trái cây *Thức uống ngọt Kool-Aid hoặc Punch* *Thức uống dành cho người ăn kiêng*
   Thức uống năng lượng *Thức uống thể thao* *Sữa đậu nành* *Rượu vang* *Bia* *Rượu cồn* *Khác* _____
7. **Hàng ngày** bạn thường ăn gì? *Bánh mì nguyên cám* *Bánh tortilla bột bắp* *Bánh tortilla nguyên cám* *Gạo lức*
   Ngũ cốc nguội hoặc nóng *Bánh mì trắng* *Bánh tortilla làm từ bột mì* *Gạo trắng* *Mì / Bánh phở* *Bánh quy giòn*
   Rau củ (loại nào?) _____ *Mỗi ngày ăn bao nhiêu?* _____
   Trái cây (loại nào?) _____ *Mỗi ngày ăn bao nhiêu?* _____
   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 bớt chất béo* *Sữa nguyên kem* *Sữa có thêm vị* *Phô mai* *Da ua* *Phô mai sữa gạn kem*
   Khoai tây chiên *Bánh chip* *Xúc xích* *Thịt nguội* *Thịt chiên bột* *Món tráng miệng/đồ ngọt* *Khác* _____
8. Bạn có đang theo một chế độ ăn kiêng đặc biệt không? *Không* *Có (xin giải thích)* _____
9. Có loại thực phẩm nào mà bạn hạn chế hoặc tránh dùng không? *Không* *Có (xin giải thích)* _____
10. Bạn có thèm ăn hoặc ăn những chất không phải thực phẩm như đất, đất sét, đá lạnh, tinh bột giặt, miếng sơn? *Không* *Có*

Câu Hỏi Thêm

11. Bác sĩ của bạn có lo lắng gì về việc mang thai của bạn? *Tình trạng tăng cân* *Tình trạng sụt cân* *Thực phẩm mà bạn ăn*
    Bệnh Tiểu đường (cao đường huyết) *Cao huyết áp* *Bệnh Thiếu máu (lượng chất sắt trong máu thấp)*
    Khác _____ *Không có*
12. Bạn có thắc mắc gì về việc tăng cân của mình trong khi mang thai? _____
13. Bạn có thường bị: *Buồn nôn* *Nôn mửa* *Chứng ợ nóng* *Táo bón* *Bệnh tiêu chảy* *Chứng chuột rút ở cẳng chân* *Sưng*
    Dị ứng với _____ *Khác* _____ *Không có*
14. Bạn dùng thuốc nào sau đây? *Vitamin tiền sản* *Các vitamin/khoáng chất khác* *Viên sắt* *Thuốc nhuận tràng* *Dược thảo*
    Thuốc không cần toa *Thuốc theo toa* *Phương thuốc tại nhà* *Khác* _____ *Không có*
15. Bạn đã và đang cảm thấy như thế nào? *Không muốn làm gì hết* *Buồn* *Trầm cảm* *Tuyệt vọng* *Không có năng lượng*
    Vui *Tạm ổn* *Cô đơn* *Bị ức chế* *Căng thẳng* *Lo lắng* *Giận dữ* *Khác* _____
16. Bạn thực hiện loại hoạt động thể chất nào? _____ Thường xuyên như thế nào? _____
17. Bạn có từng cho con bú không? *Không* *Có (trong bao lâu?)* _____
18. Bạn nghĩ gì về việc cho đứa con mới sanh của mình bú sữa mẹ?
    Tôi không quan tâm *Tôi đang nghĩ về việc đó* *Tôi muốn làm việc đó* *Tôi nhất định sẽ làm việc đó* *Khác* _____
19. Bạn có thắc mắc hay bận tâm gì về việc nuôi con bằng sữa mẹ? _____
20. Cuộc hẹn sắp tới với bác sĩ của bạn là khi nào? _____ Cuộc hẹn với nha sĩ lần cuối cùng là khi nào? _____
21. Bạn có bao giờ hết thực phẩm không? *Không* *Có (bạn làm gì?)* _____
22. 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