Опросник о питании ребенка (от 1 до 4 лет)

Имя ребенка:	Возраст ребенка:

Пожалуйста, обведите кружком или напишите ответы на следующие вопросы.

1. Что делают члены вашей семьи, чтобы оставаться здоровыми? _____
2. О чем бы вы хотели поговорить сегодня? _____

Питание вашего ребенка

3. Как вы можете описать аппетит вашего ребенка? *Кушает хорошо* *Привередлив в выборе еды* *Ест слишком много* *Ест слишком мало* *Другое* _____
4. Сколько приемов пищи у вашего ребенка в течение дня? _____ Сколько раз ваш ребенок перекусывает? _____
5. Как часто вы едите всей семьей? *Каждый день* *Иногда* *Редко*
6. Как вы можете описать приемы пищи? *Получаем удовольствие* *Едим в спешке* *Едим в напряженной обстановке* *Смотрим телевизор* *Общаемся друг с другом* *Ребенок ест один* *Другое* _____
7. Сколько раз в **неделю** вы с семьей едите вне дома или заказываете еду на вынос? _____

Напитки и еда

8. Ваш ребенок пользуется: *Бутылочкой* *Детской кружкой-непроливайкой* *Чашкой* *Ест руками* *Ложкой* *Вилкой*
9. Что ваш ребенок пьет **чаще всего**? *Грудное молоко* *Молоко* *Сок* *Воду* *Соевое молоко* *Смесь* Фруктовые напитки *Растворимые напитки Kool-Aid или пунш* *Газированные напитки* *Энергетические напитки* *Напитки для спортсменов* *Диетические напитки* *Чай* *Детское питание Pediasure* *Продукты Nido* *Другое* _____
10. Что ваш ребенок ест **чаще всего**? *Цельнозерновой хлеб* *Кукурузные лепешки* *Лепешки из цельнозерновой муки* *Коричневый рис* *Хлопья или каши* *Белый хлеб* *Мучные тортильи* *Белый рис* *Макаронные изделия/лапшу* *Крекеры* *Овощи (какие?)* _____ *Фрукты(какие?)* _____ *Говядину* *Свинину* *Курицу* *Индейку* *Рыбу* *Яйца* *Бобы* *Арахисовое масло* *Тофу* *Цельное молоко* *Молоко пониженной жирности* *Обезжиренное молоко* *Молоко со вкусовыми наполнителями* *Сыр* *Йогурты* *Творог* *Картофель фри* *Чипсы* *Хот-доги* *Наггетсы* *Десерты/сладкое* *Попкорн* *Изюм* *Орехи* *Детское питание* *Другое* _____
11. Есть ли блюда, которые ваш ребенок не ест? *Нет* *Да (какие?)* _____
12. Ест ли ваш ребенок несъедобные материалы, например грязь, песок или кусочки застывшей краски? *Нет* *Да (что именно?)* _____
13. Какие у вас есть вопросы о кормлении ребенка? _____

Дополнительные вопросы

14. Даете ли вы ребенку: *Витамины/минералы* *Фторид* *Железо* *Лекарства* *Другое* _____
15. Часто ли у вашего ребенка наблюдается? *Свистящее дыхание* *Сыпь* *Запор* *Диарея* *Аллергии на* _____ *Другое* _____
16. Проводили ли у вашего ребенка анализ на содержание свинца в крови? _____ Если да, то когда? _____
17. Как вы оцените рост и вес вашего ребенка? *Слишком маленький* *Слишком большой* *Нормальных размеров* *Другое* _____
18. В какие подвижные игры играет ваш ребенок? _____
19. Сколько часов в день ваш ребенок смотрит телевизор, играет в видео- и компьютерные игры и так далее? _____
20. Когда у вашего ребенка следующий прием у врача? _____ Стоматолога? _____
21. У вас когда-нибудь заканчивается еда? *Нет* *Да (что вы делаете?)* _____
22. Какие у вас есть вопросы или сомнения относительно покупки продуктов в рамках программы питания для женщин, младенцев и детей (WIC)? _____

STAFF USE ONLY

Date: _____ Staff Name: _____

WIC ID#: _____ Length/Height: _____ Weight: _____

CDPH

Данная организация предоставляет равные возможности.

CALIFORNIA WIC WOMEN, INFANTS & CHILDREN

#930091