嬰兒營養問卷（出生至三個月）

寶寶姓名：	寶寶年齡：

請就下列問題圈上或寫下您的答案：

1. 您今天想談什麼？ _____

寶寶的睡眠

2. 在 24 小時內，寶寶最長的睡眠時間有多久？ _____ 小時
3. 您對於寶寶的睡眠有什麼疑問？ _____

寶寶的表情

4. 您的寶寶如何讓您知道他/她餓了？ _____
5. 您的寶寶如何讓您知道他/她吃飽了？ _____
6. 您的寶寶似乎哭得太多嗎？ *否* *是*
7. 您可曾覺得難以明白寶寶需要什麼？ *未曾* *曾覺得*

餵您的寶寶

8. 餵哺寶寶進行得怎樣？ *不好* *還好* *相當好* *非常好* *其他* _____
9. 除了母奶以外，您的寶寶還喝什麼？ *沒有其他東西* *配方奶* *果汁* *用奶瓶餵給的穀片* *水*
   糖水 *茶* *其他* _____
10. 在 24 小時內（一日一夜），您的寶寶哺吃多少次母奶？ _____
11. 您對於餵寶寶母奶有甚麼疑問？ _____

如果您餵寶寶配方奶

12. 您最後一次餵寶寶母奶是在什麼時候？ _____
13. 您餵給寶寶什麼牌子的配方奶？ _____ *奶粉* *濃縮奶*
14. 您寶寶每次喝幾盎司配方奶？ _____
15. 您在 24 小時內（一日一夜）餵您的寶寶多少次配方奶？ _____
16. 請說明您如何調拌配方奶： _____ 盎司水加 _____ *勺/盎司配方奶*
    您先把甚麼放在奶瓶裡？ *配方奶* *水*
17. 寶寶在何處用奶瓶？
    嬰兒床上 *嬰兒手推車裡* *嬰兒車座裡* *有人抱著* *其他* _____

其他問題

18. 在過去 24 小時內（一日一夜），您的寶寶有多少塊尿濕或有糞便的尿片？ _____ 尿濕 _____ 糞便
19. 請形容寶寶的糞便。
    顏色: *黑且黏* *近棕色到近綠色* *近黃色且帶小粒子* *其他* _____
    質地 *結實* *硬粒狀* *軟* *稀爛* *其他* _____
20. 您有沒有給您的寶寶服用： *維生素滴劑* *維生素D* *氟* *鐵滴劑* *藥物*
    其他 _____
21. 您的寶寶是否經常有： *氣喘* *皮膚疹* *便秘* *腹瀉* *腹絞痛*
    對 _____ 有過敏反應 *其他* _____
22. 您寶寶下次甚麼時候見醫生？ _____
23. 您可曾經歷過沒有食物的時候？ *沒有* *有（您怎麼辦？）* _____
24. 您對於購買WIC食品有甚麼疑問或顧慮？ _____

STAFF USE ONLY	Date: _____ Staff Name: _____
	WIC ID#: _____ Length: _____ Weight: _____

CDPH

本機構是機會平等的提供者。

CALIFORNIA WIC WOMEN, INFANTS & CHILDREN

#930083