MISSOURI DEPARTMENT OF HEALTH AND SENIOR SERVICES
WIC AND NUTRITION SERVICES

여성을 위한 영양 평가 / NUTRITION ASSESSMENT FOR WOMEN

참여자 이름 및 DCN:	생년월일:	범주: P / B / N	작성 일자:

Form completed by: ☐ Participant or WIC Staff: ☐ CPA ☐ RD ☐ Nutritionist ☐ WIC Certifier

귀하의 보통 식사 패턴에 대해 생각해보시고 **다음 질문에 대해 최선을 다하여 답하십시오.**
네모칸에 체크표시를 하고 **☑ 그리고/또는 답을 기입하십시오.**

식사 패턴 *(이 항은 모든 여성의 경우 작성되어야 합니다)*

1. 귀하는 하루에 몇번 드십니까? ____ 회 식사/일 ____ 회 간식/일
   일반적으로 간식으로 어떤 음식을 드십니까?
   ☐ 우유, 요구르트, 치즈 ☐ 육류, 생선, 계란, 콩 ☐ 과일이나 야채
   ☐ 빵, 시리얼, 밥 및 파스타 ☐ 칩/짠 음식 ☐ 쿠키/케이크/단 음식

2. 귀하는 보통 한 주에 몇끼를 즉석 음식을 비롯하여 식당에서 식사를 합니까? ____ 끼/주

3. 귀 가족은 보통 한주에 몇번 식사를 같이 합니까? ____ 일/주 ☐ 해당되지 않음 (독신)

4. 드시는 음식에 대해 바꾸고 싶은 것이 있습니까? ..... ☐ 예 ☐ 아니오
   변경사항 기록:

식사 패턴 *(이 항은 모든 여성의 경우 작성되어야 합니다)*

5. 대부분의 음식은 어떻게 준비됩니까? 해당 사항을 모두 체크하십시오.
   ☐ 베이크 ☐ 튀김 ☐ 브로일 ☐ 로스트 ☐ 브로일 ☐ 그릴 ☐ 마이크로웨이브

6. 귀하가 충분히 드시지 않는다고 생각하는 음식이 있습니까? ..... ☐ 예 ☐ 아니오
   있는 경우, 해당 사항을 모두 체크하십시오.
   ☐ 우유, 요구르트, 치즈 ☐ 육류, 생선, 계란, 콩 ☐ 과일 ☐ 야채 ☐ 빵, 시리얼, 밥 및 파스타

*7. 특별 다이어트를 따르고 있습니까? ..... ☐ 예 ☐ 아니오
   따른다면, 종류를 체크하십시오:
   ☐ 채식주의 ☐ 엄격한 채식주의 ☐ 저 칼로리/체중 감소 ☐ 자연식 ☐ 식품 알레르기나 까다로운 식성
   ☐ 저지방 ☐ 저 탄수화물 ☐ 기타:

*8. 어떤 여성들은 식품이 아닌 것들을 먹고 싶어합니다. 다음 중 드시는 것이 있습니까? ..... ☐ 예 ☐ 아니오
   있는 경우, 해당 사항을 모두 체크하십시오.
   ☐ 재 ☐ 초크 ☐ 다량의 얼음 및/또는 냉동기 서리 ☐ 기타:
   ☐ 베이킹 소다 ☐ 담배 ☐ 페인트 칩
   ☐ 태운 성냥 ☐ 진흙 ☐ 흙
   ☐ 카페트 섬유 ☐ 먼지 ☐ 전분 (세탁용 또는 옥수수 녹말)

음료 *(이 항은 모든 여성의 경우 작성되어야 합니다)*

9. 우유를 마십니까? ..... ☐ 예 ☐ 아니오
   마신다면, 종류를 체크하십시오.
   ☐ 탈지(스킴) ☐ 저지방 (1%) ☐ 저지방 (2%) ☐ 전유 ☐ 라이스 밀크
   ☐ 두유 ☐ 분유 ☐ 무가당유 ☐ 가당 연유 ☐ 산양유
   ☐ 기타:

10. 우유를 얼마나 자주 마십니까? 하나만 체크.
    ☐ 하루에 몇번 ☐ 하루에 한번 ☐ 하루에 한번 미만

11. 치즈, 요구르트, 푸딩과 같이 다른 유제품을 얼마나 자주 드십니까?
    ☐ 하루에 몇번 ☐ 하루에 한번 ☐ 하루에 한번 미만

12. 귀하는 보통 어떤 다른 음료수를 마십니까? 해당 사항을 모두 체크하십시오.
    ☐ 주스 ☐ 물 ☐ 과일 드링크 ☐ 스포츠 드링크 ☐ 보통 탄산음료/소다 ☐ 다이어트 탄산음료/소다 ☐ 커피/차
    ☐ 맥주 ☐ 와인 ☐ 기타 술 ☐ 기타:

(페이지를 넘겨서 마치십시오)

13. 귀하의 주된 물 공급원은 무엇입니까? 하나만 체크.
☐ 시 수도 ☐ 농촌 수도 ☐ 개인 우물 ☐ 병에 든 생수
a. 개인 우물인 경우, 우물에 대해 박테리아 또는 질산염 검사를 받았습니까? ..... ☐ 예 ☐ 아니오 ☐ 모름
받았다면, 결과를 체크하십시오: ☐ 안전 ☐ 불안전 ☐ 모름
b. 마시는 물에 불소가 첨가되었는지 아십니까? ..... ☐ 예 ☐ 아니오
c. 귀하는 불소가 함유된 치약으로 이를 닦습니까? ..... ☐ 예 ☐ 아니오

보충제 *(이 항은 모든 여성의 경우 작성되어야 합니다)*

14. 귀하는 최근에 임신한 그 전달에 종합비타민을 복용하였습니까? ..... ☐ 예 ☐ 아니오
복용하였다면, 한주에 몇번? ____ 회/주

15. 귀하는 지난 달이나 지금 비타민, 미네랄, 허브 또는 허브 보충제를 복용합니까? ☐ 예 ☐ 아니오
한다면, 해당 사항을 모두 체크하십시오.
☐ 태아기 비타민 ☐ 종합비타민(태아기용 아님) ☐ 철분 보충제 ☐ 허브 보충제
☐ 기타:

식품 안전 *(이 항은 모든 여성의 경우 작성되어야 합니다)*

16. 냉장고, 작동하는 스토브, 해충이나 유해 화학물질이 없는 보관 장소 등과 같은 식품 보관 및 조리를 위한 적절한 시설을 갖추고 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니오

식품 안전 및 프로그램 참여 *(이 항은 모든 여성의 경우 작성되어야 합니다)*

17. 지난 달에 귀하나 식구 중에 누구든지 식품 구입비가 충분치 않아 필요한 것보다 적게 먹거나 전혀 먹지 않은 사람이 있습니까? ..
☐ 예 ☐아니오 ☐ 모름 또는 답변 거부

18. 귀하는 식품 영양 프로그램에 참여합니까? ..... ☐ 예 ☐ 아니오
한다면, 해당 사항을 모두 체크하십시오.
☐ 푸드 스탬프 ☐ 학교 점심 ☐ 가족 영양 교육 프로그램 (FNEP) ☐ 커마더티 프로그램 ☐ 푸드 팬트리
☐ 기타:

신체 활동 *(이 항은 모든 여성의 경우 작성되어야 합니다)*

19. 귀하는 보통 하루에 몇 **분** 동안 신체적으로 활발합니까? ☐ 전무 ☐ 0-30 ☐ 31-60 ☐ 60 분 초과

임신 *(현재 임신 중인 경우에만 이 항을 작성하십시오)*

20. 이 임신 중에 체중이 얼마나 증가해야 한다고 생각합니까? ____ 파운드 ☐ 모름

21. 다음과 같은 문제가 있습니까? ..... ☐ 예 ☐ 아니오
있다면, 해당 사항을 모두 체크하십시오.
☐ 변비 ☐ 설사 ☐ 메스꺼움 ☐ 구토 ☐ 가슴앓이 ☐ 기타:

*22. 귀하는 다음과 같은 음식을 드십니까:
a. 생선이나 갑각류,..... ☐ 예 ☐ 아니오
b. 냉장 훈제 생선류, ... ☐ 예 ☐ 아니오
c. 날 것 또는 덜 익힌 육류, 치킨 또는 터키, ... ☐ 예 ☐ 아니오
d. 요리하지 않은 런천 미트, 델리 미트, 핫덕, ... ☐ 예 ☐ 아니오
e. 냉장 파테나 육류 스프레드, ... ☐ 예 ☐ 아니오
f. 미살균 우유나 미살균 우유 함유 음식, ... ☐ 예 ☐ 아니오
g. 페타, 브리, 카망베르, 블루바인 치즈, 멕시코식 치즈와 같은 부드러운 치즈,..... ☐ 예 ☐ 아니오
h. 날 계란이나 덜 익힌 계란 또는 날 계란이나 살짝 익힌 계란을 포함하는 식품, ... ☐ 예 ☐ 아니오
i. 알팔파, 클로버, 무와 날 야채 싹, ... ☐ 예 ☐ 아니오
j. 미살균 과일 또는 야채 주스. ..... ☐ 예 ☐ 아니오

모유 먹이기 *(현재 모유를 먹이고 있는 경우에만 이 항을 작성하십시오)*

23. 모유 먹이기와 관련된 우려사항이 있습니까?..... ☐ 예 ☐ 아니오
있다면, 우려사항을 기술하십시오:

TO BE COMPLETED BY WIC OFFICE PERSONEL ONLY

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

본 기관은 평등 기회 제공 기관입니다.