



儿童 (1-5 岁) 营养评估

儿童姓名:	年龄: √ 月段 <input type="checkbox"/> 12-23 <input type="checkbox"/> 24-59	填表日期:
1. 您的孩子正在采用特殊饮食吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 [341-362] [425. 6]		
如果是, 请选择: <input type="checkbox"/> 素食 <input type="checkbox"/> 纯素食 <input type="checkbox"/> 低热量/减肥 <input type="checkbox"/> 食物过敏 <input type="checkbox"/> 养生饮食 <input type="checkbox"/> 胃管喂食 <input type="checkbox"/> 其他: _____ 如果是, 是否因身体状况而采用这种饮食方法? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
2. 您的孩子食用以下哪些食物? (选择所有适用项) [425. 5]		
<input type="checkbox"/> 鲜榨果汁或蔬菜汁 <input type="checkbox"/> 未经烹调的午餐肉、熟食肉、热狗 <input type="checkbox"/> 生的或未煮熟的肉类、鱼、鸡、火鸡或鸡蛋 <input type="checkbox"/> 未经高温消毒的(农场新鲜出品)乳制品 <input type="checkbox"/> 软奶酪, 如羊乳酪、布里干酪、卡门培尔软质乳酪 <input type="checkbox"/> 生豆苗菜(苜蓿、三叶草、豆荚、小红萝卜) 蓝芝士、白乳酪、墨西哥奶酪 <input type="checkbox"/> 无		
3. 您的孩子经常食用非食品类物质吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 [425. 9]		
如果是, 请选择所有适用项。 <input type="checkbox"/> 灰烬 <input type="checkbox"/> 黏土 <input type="checkbox"/> 漆片 <input type="checkbox"/> 毛毯纤维 <input type="checkbox"/> 灰尘 <input type="checkbox"/> 纸 <input type="checkbox"/> 淀粉(洗衣用或玉米淀粉) <input type="checkbox"/> 香烟或烟蒂 <input type="checkbox"/> 泡沫橡胶 <input type="checkbox"/> 泥土 <input type="checkbox"/> 其他: _____		
4. 通常一天, 您的孩子吃多少次水果? <input type="checkbox"/> 5 次或以上 <input type="checkbox"/> 4 次 <input type="checkbox"/> 3 次 <input type="checkbox"/> 2 次 <input type="checkbox"/> 1 次 <input type="checkbox"/> 无		
5. 通常一天, 您的孩子吃多少次蔬菜? <input type="checkbox"/> 5 次或以上 <input type="checkbox"/> 4 次 <input type="checkbox"/> 3 次 <input type="checkbox"/> 2 次 <input type="checkbox"/> 1 次 <input type="checkbox"/> 无		
6. 您的孩子喝什么类型的奶? (选择所有适用项) [425. 1] [425. 8]		
<input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> 配方奶(名称) _____ <input type="checkbox"/> 牛奶 <input type="checkbox"/> 羊奶 <input type="checkbox"/> 米浆或杏仁奶 <input type="checkbox"/> 豆奶 <input type="checkbox"/> 无乳糖奶 <input type="checkbox"/> 不喝奶 <input type="checkbox"/> 其他: _____ 您的孩子喝哪种奶? <input type="checkbox"/> 无脂(脱脂) <input type="checkbox"/> 低脂(1%) <input type="checkbox"/> 减脂(2%) <input type="checkbox"/> 全脂 <input type="checkbox"/> 不适用 通常一天, 您的孩子喝多少次奶? <input type="checkbox"/> 很多次/天(4 杯或以上) <input type="checkbox"/> 两次/天(2 杯) <input type="checkbox"/> 三次/天(3 杯) <input type="checkbox"/> 一次/天或少于一次(1 杯或少于 1 杯)		
7. 通常一天, 您的孩子喝多少次果汁、水果/运动饮料、 [425. 2] [425. 3]		
一般汽水/碳酸饮料和/或 Kool-Aid 饮料或糖水? <input type="checkbox"/> 4 次或以上 <input type="checkbox"/> 3 次 <input type="checkbox"/> 2 次 <input type="checkbox"/> 1 次 <input type="checkbox"/> 无 通常一天, 您的孩子喝多少次无糖汽水/碳酸饮料和/或咖啡/茶? <input type="checkbox"/> 4 次或以上 <input type="checkbox"/> 3 次 <input type="checkbox"/> 2 次 <input type="checkbox"/> 1 次 <input type="checkbox"/> 无 通常一天, 您的孩子喝多少次白开水? <input type="checkbox"/> 4 次或以上 <input type="checkbox"/> 3 次 <input type="checkbox"/> 2 次 <input type="checkbox"/> 1 次 <input type="checkbox"/> 无		
8. 您孩子的主要水源是什么? (选择所有适用项) [425. 8]		
<input type="checkbox"/> 城/县饮用水系统 <input type="checkbox"/> 乡村饮用水系统 <input type="checkbox"/> 私人水井 <input type="checkbox"/> 瓶装水		
9. 您的孩子用婴儿奶瓶或吮杯喝任意一种饮料(除水外)吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 [425. 3]		
您的孩子什么时候用婴儿奶瓶或吮杯喝饮料(除水外)? (选择所有适用项): <input type="checkbox"/> 晚上睡觉时 <input type="checkbox"/> 白天小憩时 <input type="checkbox"/> 吃饭和吃零食时 <input type="checkbox"/> 白天到处抱着奶瓶或吮杯		
10. 您的孩子服用任何维生素、矿物质、草药或草药补充剂吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 [425. 7] [425. 8]		
如果是, 请选择所有适用项: <input type="checkbox"/> 儿童综合维生素 <input type="checkbox"/> 补铁剂 <input type="checkbox"/> 氟化物补充剂 <input type="checkbox"/> 草药补充剂 <input type="checkbox"/> 维生素 D <input type="checkbox"/> 其他: _____		
11. 通常一天, 您的孩子花多少小时在屏幕前(看电视、打电脑、玩视频游戏、玩手机)?		
<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 少于 1 小时 <input type="checkbox"/> 1 小时 <input type="checkbox"/> 2 小时 <input type="checkbox"/> 3 小时 <input type="checkbox"/> 4 小时 <input type="checkbox"/> 5 小时或以上 <input type="checkbox"/> 不知道 通常一天, 您的孩子花多少时间在户外玩耍/锻炼(深呼吸或流汗)? <input type="checkbox"/> 少于 15 分钟 <input type="checkbox"/> 30 分钟 <input type="checkbox"/> 60 分钟(1 小时) <input type="checkbox"/> 15 分钟 <input type="checkbox"/> 45 分钟 <input type="checkbox"/> 90 分钟(1 个半小时)或以上 <input type="checkbox"/> 不适用		
12. 在过去 12 个月, 您的孩子看过牙医吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 [425. 8]		
您的孩子有蛀牙(包括奶瓶龋)、断牙、牙龈出血、缺牙和/或牙齿错位, 导致咀嚼困难吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 您的孩子使用含氟化物的牙膏刷牙吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不知道		

您的 GPA/营养师将和您讨论您孩子的饮食和活动习惯, 并询问更多问题。