



1 देखि 5 वर्षका बच्चाहरूको लागि WIC पोषण सम्बन्धी आंकलन

बच्चाको नाम:	उमेर <input checked="" type="checkbox"/> मासिक दायरा <input type="checkbox"/> 12-23 <input type="checkbox"/> 24-59	पुरा गरिएको मिति:
<p>1. के तपाईंको बच्चाले विशेष सन्तुलित आहार अपनाइहेको छ?..... <input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन [341-362] [425.6] यदि छ भने, यिनीहरूमध्ये चयन गर्नुहोस्: <input type="checkbox"/> शाकाहारी <input type="checkbox"/> शुद्ध शाकाहारी <input type="checkbox"/> कम क्यालोरी/तौल घटाउने <input type="checkbox"/> खाद्य एलर्जी <input type="checkbox"/> ट्युबबाट दुध खुवाउने <input type="checkbox"/> अन्य: _____ यदि छ भने, के यस आहारसँग सम्बन्धित चिकित्सा प्रतिबन्ध छ?<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन</p>		
<p>2. निम्न खानेकुराहरू मध्ये तपाईंको बच्चाले कुन खान्छ? (लागू हुने सबै चयन गर्नुहोस्) [425.5] <input type="checkbox"/> ताजा निचोरेको फलफूल वा सब्जीको रस <input type="checkbox"/> नपकाइएको लन्चन मासुहरू, डेली मिट, हट डग्स <input type="checkbox"/> काँचो वा कम पकाइएको मासु, माछा, कुखुराको मासु, टर्की वा अण्डाहरू <input type="checkbox"/> पास्चराइज्ड नगिरएको (फार्म फ्रेस) दुग्ध उत्पादनहरू <input type="checkbox"/> फेता, ब्राई, क्यामेम्बर्ट, जस्ता नरम पनीरहरू <input type="checkbox"/> काँचो स्प्राउट (अल्फाल्फा, क्लोभर, सीमी, मुला) <input type="checkbox"/> ब्लु-भाइन्ड चिज, श्वेत पनीर, ताजा पनीर <input type="checkbox"/> माथि उल्लिखित मध्ये कुनैपनि होइन</p>		
<p>3. के तपाईंको बच्चाले नियमित रूपमा अखाद्य पदार्थहरू खाने गरेको छ?<input type="checkbox"/> खान्छ <input type="checkbox"/> खादैन [425.9] यदि खान्छ भने, लागू हुने सबै चयन गर्नुहोस्। <input type="checkbox"/> खरानी <input type="checkbox"/> गिलो माटो <input type="checkbox"/> रडको पाप्राहरू <input type="checkbox"/> माड (लण्ड्री वा मकैको माड) <input type="checkbox"/> चुरोट वा चुरोटका टुटाहरू <input type="checkbox"/> फोम रबर <input type="checkbox"/> माटो</p>		
<p>4. एउटा सामान्य दिनमा, तपाईंको बच्चाले कति पटक फलफूल खान्छ? <input type="checkbox"/> 5 वा सोभन्दा बढी <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> खादैन</p>		
<p>5. एउटा सामान्य दिनमा, तपाईंको बच्चाले कति पटक तरकारी खान्छ? <input type="checkbox"/> 5 वा सोभन्दा बढी <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> खादैन</p>		
<p>6. तपाईंको बच्चाले कस्तो प्रकारको दुध पिउने गरेको छ? (लागू हुने सबै चयन गर्नुहोस्) [425.1][425.8] <input type="checkbox"/> आमाको दुध <input type="checkbox"/> फर्मूला (नाम) _____ <input type="checkbox"/> दुध (गाईको) <input type="checkbox"/> बाखाको दुध <input type="checkbox"/> चामलको वा बदामको दुध <input type="checkbox"/> सोया दुध <input type="checkbox"/> ल्याक्टोज रहित दुध <input type="checkbox"/> अन्य _____ एउटा सामान्य दिनमा, तपाईंको बच्चाले कति पटक दुध पिउने गरेको छ? <input type="checkbox"/> 4 कप वा सो भन्दा बढी/धेरै पटक/दिन <input type="checkbox"/> 3 कप/तिन पटक/दिन <input type="checkbox"/> 2 कप/दुई पटक/दिन <input type="checkbox"/> 1 कप वा सो भन्दा कम/एक पटक/दिन</p>		
<p>7. एउटा सामान्य दिनमा, तपाईंको बच्चाले कति पटक जुस, फलफूल/खेलकुद पेयपदार्थहरू, नियमित पप/सोडा र/वा कुल-एड वा चीनी मिसाइएको पानी पिउँछ?.....<input type="checkbox"/> 4 वा सोभन्दा बढी <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> खादैन एउटा सामान्य दिनमा, तपाईंको बच्चाले कति पटक डाइट पप/सोडा र/वा कफी/चिया पिउँछ?<input type="checkbox"/> 4 वा सोभन्दा बढी <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> खादैन एउटा सामान्य दिनमा, तपाईंको बच्चाले कति पटक सादा पानी पिउँछ?<input type="checkbox"/> 4 वा सोभन्दा बढी <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> खादैन</p>		
<p>8. तपाईंको बच्चाको पानीको स्रोत के हो? (लागू हुने सबै चयन गर्नुहोस्): [425.8] <input type="checkbox"/> सहर/काउन्टी जल प्रणाली <input type="checkbox"/> ग्रामीण जल प्रणाली <input type="checkbox"/> नीजि इनार <input type="checkbox"/> बोतलमा भरिएको पानी</p>		
<p>9. के तपाईंको बच्चाले पानी बाहेक अन्य कुनैपनि पेयपदार्थहरू बच्चाले प्रयोग गर्ने बोतल वा सिपि कप बाट पिउँछ?<input type="checkbox"/> पिउँछ <input type="checkbox"/> पिउँदैन [425.3] तपाईंको बच्चाले पानी बाहेक अन्य पेय पदार्थहरू बोतल/सिपि कपबाट कहिले पिउँछ? (लागू हुने सबै चयन गर्नुहोस्) <input type="checkbox"/> राती ओछ्यानमा <input type="checkbox"/> न्यापटाइममा <input type="checkbox"/> भोजन र अल्पाहारको समयमा <input type="checkbox"/> दिनभरि बोतल वा सिपि कप यताउता बोक्छ</p>		
<p>10. के तपाईंको बच्चाले कुनै भिटामिन, खनिज पदार्थ, जडिबुटी वा जडिबुटीजन्य अतिरिक्त खाद्यपदार्थ खान्छ ? <input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन [425.7][425.8] यदि खान्छ भने, लागू हुने सबै चयन गर्नुहोस्। <input type="checkbox"/> बच्चाको मल्टीभिटामिनहरू <input type="checkbox"/> आइरन सप्लिमेन्ट <input type="checkbox"/> फ्लोराइड सप्लिमेन्ट <input type="checkbox"/> जडीबुटीजन्य सप्लिमेन्ट <input type="checkbox"/> भिटामिन D <input type="checkbox"/> अन्य: _____</p>		
<p>11. एउटा सामान्य दिनमा, तपाईंको बच्चा कति घण्टा स्क्रिनको अगाडी हुन्छ? (टेलिभिजन, कम्प्युटर, भिडियो गेम, मोबाइल फोन) <input type="checkbox"/> हुँदैन <input type="checkbox"/> 1 घण्टा भन्दा कम <input type="checkbox"/> 1 घण्टा <input type="checkbox"/> 2 घण्टा <input type="checkbox"/> 3 घण्टा <input type="checkbox"/> 4 घण्टा <input type="checkbox"/> 5 घण्टा वा सोभन्दा बढी <input type="checkbox"/> अज्ञात एउटा सामान्य दिनमा, तपाईंको बच्चाले सक्रिय खेलकुद/व्यायाममा कति मिनेट बिताउँछ? (स्वाँ-स्वाँ गर्ने वा पसिना आउने) <input type="checkbox"/> 15 मिनेट भन्दा कम <input type="checkbox"/> 15 मिनेट <input type="checkbox"/> 30 मिनेट <input type="checkbox"/> 45 मिनेट <input type="checkbox"/> 60 मिनेट (1 घण्टा) <input type="checkbox"/> 90 मिनेट (1 ½ घण्टा) वा बढी <input type="checkbox"/> लागू हुँदैन</p>		
<p>12. तपाईंको बच्चालाई पछिल्लो 12 महिना भित्र दन्त चिकित्सक कहाँ लगिएको छ?<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन [425.8] के तपाईंको बच्चाको दाँतमा सडन (बच्चाहरूले प्रयोग गर्ने बोतलको कारणले हुने दाँतको सडन सहित), दाँत भाँचेको, गिजाबाट रगत आउने, दाँत नभएको र/वा दाँत नमिलेको जस्ता समस्याहरू छन् जसले गर्दा चपाउन कठिन हुन्छ?<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन के तपाईंका बच्चाले ब्रस गर्न फ्लोराइड भएको दन्त मञ्जन प्रयोग गर्छ?<input type="checkbox"/> गर्छ <input type="checkbox"/> गर्दैन <input type="checkbox"/> थाहा छैन</p>		

तपाईंको CPA/आहार विज्ञ तपाईंको बच्चाको खाने र गतिविधि बानीहरूको बारेमा छलफल गर्नेछन् र थुप्रै प्रश्नहरू सोध्नेछन्।