



تکمیل کی تاریخ:	عمر: ✓ مہینے کی حد 24-59 <input type="checkbox"/> 12-23 <input type="checkbox"/>	بچے کا نام:
1. کیا آپ کا بچہ کسی مخصوص خوراک پر کاربند ہے؟..... اگر ہاں تو، منتخب کریں: <input type="checkbox"/> سبزی خور <input type="checkbox"/> ویگن <input type="checkbox"/> کم کیلوریز/وزن کمی <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> میکروویونک <input type="checkbox"/> غذا سے الرجی <input type="checkbox"/> نلکی سے غذا دینا <input type="checkbox"/> دیگر: _____ اگر ہاں تو، کیا اس خوراک کے ساتھ کسی طبی کیفیت کا ربط ہے؟..... <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں		
2. آپ کا بچہ درج ذیل میں سے کون سی غذا کھاتا ہے؟ (ان سبھی کا انتخاب کریں جن کا اطلاق ہوتا ہے): <input type="checkbox"/> تازہ نچوڑے ہوئے پھل یا سبزی کے جوس <input type="checkbox"/> بغیر پکانے ہوئے لچین میٹس، ڈیلی میٹس، باٹ ڈاگز <input type="checkbox"/> کچے یا بغیر پکانے ہوئے گوشت، مچھلی، مرغ، ٹرکی یا انڈے <input type="checkbox"/> غیر پاسچرائزڈ (فارم کی تازہ) ڈیری والی مصنوعات <input type="checkbox"/> نرم پنیر جیسے فیٹا، بری، کیمربرٹ، <input type="checkbox"/> کچی کونپلیں (برسیم، طرفیل، پھلی، مولی) <input type="checkbox"/> نیلی عروق دار پنیر، کونسو بلانکو، کونسو فریسکو <input type="checkbox"/> مذکورہ بالا میں سے کوئی نہیں		
3. کیا آپ کا بچہ معمول کے مطابق ایسی چیزیں کھاتا ہے جو غیر غذائی اٹمز ہیں؟..... اگر ہاں تو، ان سبھی کا انتخاب کریں جن کا اطلاق ہوتا ہے: <input type="checkbox"/> راکھ <input type="checkbox"/> چکنی مٹی <input type="checkbox"/> پینٹ چبس <input type="checkbox"/> نشاستہ (لانڈری یا مکی کا نشاستہ) <input type="checkbox"/> کارپیٹ فائبرز <input type="checkbox"/> دھول <input type="checkbox"/> کاغذ <input type="checkbox"/> نشاستہ (لانڈری یا مکی کا نشاستہ) <input type="checkbox"/> سگریٹ یا سگریٹ کے ٹوٹے <input type="checkbox"/> فوم ربر <input type="checkbox"/> مٹی <input type="checkbox"/> دیگر: _____		
4. کسی عمومی دن کو، کتنی بار آپ کا بچہ پھل کھاتا ہے؟..... <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 یا زیادہ <input type="checkbox"/> کوئی نہیں		
5. کسی عمومی دن کو، کتنی بار آپ کا بچہ سبزیاں کھاتا ہے؟..... <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 یا زیادہ <input type="checkbox"/> کوئی نہیں		
6. آپ کا بچہ کس نوعیت کا دودھ پیتا ہے؟ (ان سبھی کا انتخاب کریں جن کا اطلاق ہوتا ہے):..... <input type="checkbox"/> ماں کا دودھ <input type="checkbox"/> فارمولہ (نام بتائیں): _____ <input type="checkbox"/> دودھ (گانے کا) <input type="checkbox"/> بکری کا دودھ <input type="checkbox"/> چاول والا دودھ یا بادام والا دودھ <input type="checkbox"/> سویا بین کا دودھ <input type="checkbox"/> لیٹوز سے پاک دودھ <input type="checkbox"/> کوئی نہیں <input type="checkbox"/> دیگر: _____ آپ کا بچہ کس قسم کا دودھ پیتا ہے؟ <input type="checkbox"/> چکنائی سے پاک (بالائی اترا ہوا) <input type="checkbox"/> کم چکنائی (1%) <input type="checkbox"/> تخفیف کردہ چکنائی (2%) <input type="checkbox"/> سالم <input type="checkbox"/> ناقابل اطلاق کسی عمومی دن کو آپ کا بچہ کتنی بار دودھ پیتا ہے؟ <input type="checkbox"/> 4 پیالیاں یا زیادہ/دن میں کئی بار <input type="checkbox"/> 3 پیالیاں/دن میں کئی بار <input type="checkbox"/> 2 پیالیاں/دن میں دو بار <input type="checkbox"/> 1 پیالی یا کم/دن میں ایک بار سے کم		
7. کسی عمومی دن کو، کتنی بار آپ کا بچہ جوس، پھل/اسپورٹس والی مشروبات، مستقل پاپ/سوڈا، شکر والی چائے اور/یا کول ایڈ یا شکر ملا یا ہوا پانی پیتا ہے؟..... کسی عمومی دن کو، کتنی بار آپ کا بچہ ڈانٹ پاپ/سوڈا اور/یا کافی چائے پیتا ہے؟..... کسی عمومی دن کو، کتنی بار آپ کا بچہ سادہ پانی پیتا ہے؟..... <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 یا زیادہ <input type="checkbox"/> کوئی نہیں		
8. آپ کے بچے کا پانی کا ماخذ کیا ہے؟ (ان سبھی کا انتخاب کریں جن کا اطلاق ہوتا ہے): <input type="checkbox"/> شہر/کاؤنٹی کا آبی نظام <input type="checkbox"/> دیہی آبی نظام <input type="checkbox"/> نجی کنول <input type="checkbox"/> بوتل بند پانی		
9. کیا آپ کا بچہ بے بی بوتل یا سپی کپ سے پانی کے علاوہ کوئی مشروبات پیتا ہے؟..... آپ کا بچہ بے بی بوتل یا سپی کپ سے پانی کے علاوہ کوئی مشروبات کب پیتا ہے؟ (ان سبھی کا انتخاب کریں جن کا اطلاق ہوتا ہے): <input type="checkbox"/> رات میں بستر پر <input type="checkbox"/> اونگھنے کے وقت <input type="checkbox"/> کھانے یا اسٹیکس کے وقت <input type="checkbox"/> بوتل / یا سپی کپ دن بھر لیے رہتا ہے		
10. کیا آپ کا بچہ کوئی وٹامنز، معدنیات، نباتات یا نباتی مکملات لیتا ہے؟..... اگر ہاں تو، ان سبھی کا انتخاب کریں جن کا اطلاق ہوتا ہے۔ <input type="checkbox"/> نباتی مکملہ <input type="checkbox"/> وٹامن ڈی <input type="checkbox"/> دیگر: _____ <input type="checkbox"/> فلورائنڈ کا مکملہ <input type="checkbox"/> فلورائنڈ کا مکملہ <input type="checkbox"/> دیگر: _____		
11. کسی عمومی دن کو، کتنے گھنٹے آپ کا بچہ اسکرین کے سامنے رہتا ہے؟ (ٹی وی، کمپیوٹر، ویڈیو گیم، سیل فون) <input type="checkbox"/> کوئی نہیں <input type="checkbox"/> 1 گھنٹہ سے کم <input type="checkbox"/> 1 گھنٹہ <input type="checkbox"/> 2 گھنٹہ <input type="checkbox"/> 3 گھنٹہ <input type="checkbox"/> 4 گھنٹہ <input type="checkbox"/> 5 گھنٹہ یا زائد <input type="checkbox"/> معلوم نہیں کسی عمومی دن کو، کتنے منٹ آپ کا بچہ فعال کھیل کود/ورزش میں (تیزی سے سانس لیتے ہوئے یا پسینہ خارج کرتے ہوئے) گزارتا ہے؟ <input type="checkbox"/> 15 منٹ سے کم <input type="checkbox"/> 15 منٹ <input type="checkbox"/> 30 منٹ <input type="checkbox"/> 45 منٹ <input type="checkbox"/> 60 منٹ (1 گھنٹہ) <input type="checkbox"/> 90 منٹ (1½ گھنٹہ) یا زیادہ <input type="checkbox"/> ناقابل اطلاق		
12. کیا آپ کے بچے نے پچھلے 12 مہینے کے اندر معالج دندان کو دکھایا ہے؟..... اگر ہاں تو، کیا معالج دندان کی دانت کی کوئی دشواریاں بتائیں؟..... کیا آپ کے بچے کے دانت میں سڑن (بشمول بے بوتل کی وجہ سے دانت میں سڑن) ہے، ٹوٹے ہوئے دانت ہیں، مسوڑھوں سے خون بہتا ہے، دانت چھوٹے ہوئے ہیں اور/یا دانت اپنی جگہ سے ہٹ گئے ہیں جن کی وجہ سے چھانا مشکل ہوتا ہے؟..... کیا آپ کا بچہ ایسے ٹوتھ پیسٹ سے برش کرتا ہے جس میں فلورائنڈ ہے..... <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں		

آپ کا CPA/ماہر تغذیہ آپ کے بچے کے کھانے اور سرگرمی کی عادات پر آپ سے گفتگو کرے گا اور مزید سوالات پوچھے گا۔

یہ ادارہ مساوی موقع فراہم کنندہ ہے۔