



မစ်ဆူရီကျွန်းမာရေးနှင့်လူကြီးများအတွက်ဝန်ဆောင်မှုဌာန
WIC နှင့်အာဟာရလုပ်ငန်း

မွေးကင်းစကလေးများအတွက် အာဟာရဆန်းစစ်ချက်

ပူးပေါင်းပါဝင်သူ အမည် _____	မွေးသက္ကရာဇ် _____	ဖြည့်စွက်သည့်ရက်စွဲ _____
A. မွေးကင်းစကလေးများအား စောင့်ရှောက်သူမှ ဖြည့်စွက်ပါ။		
1. ဆရာဝန်များက သင့်ကလေးတွင် နာမကျန်းမှု (သို့) ကုသမှုခံယူရန် တစ်ခုခု ရှိသည်ဟု ပြောဖူးပါသလား [341-362]		
<input type="checkbox"/> ရှိလျှင်၊ အခြေအနေ (သို့) နာမကျန်းဖြစ်မှုကို ရှင်းလင်းဖော်ပြပါ _____ <input type="checkbox"/> မရှိပါ သင့်ကလေးကို ဆရာဝန်နှင့် နောက်တစ်ကြိမ်ပြသရမည့် ရက်ချိန်းမှာ မည်သည့်နေ့ဖြစ်ပါသနည်း။ ရက်စွဲ _____		
2. သင့်ကလေးငယ်ကို သင်ဘာတွေကျွေးပါသလဲ။ သက်ဆိုင်သမျှအားလုံးကိုရွေးချယ်ပေးပါ [411.3]		
<input type="checkbox"/> မိခင်နို့ <input type="checkbox"/> အဟာရမှုန့် (အမည်) _____ <input type="checkbox"/> အခြားအရည်သို့မဟုတ် ဖျော်ရည်များ (မွေးကင်းစကလေးအတွက် ဖော်စပ်ထားခြင်း မဟုတ်သည့်) _____ <input type="checkbox"/> သူငယ်စာ သို့မဟုတ် ပုံမှန်မိသားစုအစာ _____		
3. သင့်ကလေးသည် မည်သည့်နေရာများသို့ ပုလင်း၊ ခွက် များကိုသူ့အားတတ်ပါသလဲ။ သက်ဆိုင်သမျှ အားလုံးကိုရွေးပါ [411.2]		
<input type="checkbox"/> မိခင်နို့ သာတိုက်ကျွေးသည်/နို့ ပုလင်းမသုံးပါ <input type="checkbox"/> အိပ်ယာ <input type="checkbox"/> တွန်းလှည်း <input type="checkbox"/> ကားအတွင်းရှိ ထိုင်ခုံ <input type="checkbox"/> အခြားတစ်ယောက်က ကိုင်ထားပေးသည် <input type="checkbox"/> ထိုင်ခုံဖြင့် <input type="checkbox"/> သူ့ခွက်ကို သူ့ကိုယ်တိုင်ကိုင်သည် <input type="checkbox"/> အခြား _____		
4. သင့်ကလေးနို့ဘူး၏နို့သီးခေါင်းကို သကြား၊ သကြားနှစ် သို့မဟုတ် ပျားရည်တွင် နှစ်ခြင်း၊ သုတ်လိမ်းခြင်းများ ပြုပါသလား၊ မိခင်နို့သို့မဟုတ် နို့ မှုန့် တွင် သကြား၊ သကြားနှစ် သို့မဟုတ် ပျားရည် ထည့်ပါသလား [411.2] [411.3] [411.5]		
<input type="checkbox"/> လုပ်ပါသည် <input type="checkbox"/> မလုပ်ပါ သင့်ကလေးသည် ပျားရည် (သို့) ပျားရည်ဖြင့်ပြုလုပ်ထားသည့် ခရက်ကာ၊ မတ်ဖင် စသည့်မုန့်များကို စားပါသလား [411.3] [411.5] <input type="checkbox"/> စားပါသည် <input type="checkbox"/> မစားပါ		
5. အောက်ပါအစားအစာများအနက်မှ မည်သည့်အစားအစာကို သင့်ကလေးငယ် စားသုံးပါသလဲ သက်ဆိုင်သမျှအားလုံးကို အမှန်ခြစ်ပေးပါ [411.5]		
<input type="checkbox"/> လတ်လတ်ဆတ်ဆတ်ညှစ်ထားသော သစ်သီးရည် သို့မဟုတ် ဟင်းသီးဟင်းရွက်အရည် <input type="checkbox"/> ပိုးမသတ်ရသေးသော (ခြံထွက်) နို့နှင့်နို့ထွက်ပစ္စည်းများ <input type="checkbox"/> Feta, Brie, Camembert, ဒိန်ခဲပြာ, Queso-Blanco သို့မဟုတ် Queso-Fresco စသည့်ဒိန်ခဲပျော့များ <input type="checkbox"/> မချက်ရသေးသော (သို့) ကောင်းစွာမချက်သေးသော အသား၊ ငါး၊ ကြက်သား၊ ကြက်ဆင် (သို့) ဥများ <input type="checkbox"/> အစို့ အညှောင့် အနုအစိမ်းများ (ပင်စိမ်း၊ ကလိုဟာ၊ ပဲစိမ်း၊ မုန်လာဥနီ) <input type="checkbox"/> မချက်ရသေးသော လန်ချန်အသား၊ ဒေလီအသား၊ ဟော့ဒေါ့ <input type="checkbox"/> အထက်ပါအစားအစာမဟုတ်ပါ		
6. သင့်ကလေး၏ ပါးစပ်တွင် ခံတွင်းသို့မဟုတ် သွားနှင့်ဆိုင်သည့် ပြဿနာ တစ်ခုခုကို သတိပြုမိပါသလား [381]		
<input type="checkbox"/> ပြုမိလျှင်၊ ပြဿနာကို ဖော်ပြပါ _____ <input type="checkbox"/> မပြုမိပါ		

သင့် CPA/အာဟာရပညာရှင်က သင့်ကလေးအစားအသောက်နှင့် ကိုယ်လက်လှုပ်ရှားမှုဆိုင်ရာများကို ဆွေးနွေးမည် ဖြစ်ပြီး မေးခွန်းများ ထပ်မံမေးမြန်းပါမည်။