



参加者姓名:	出生日期:	填表日期:
--------	-------	-------

此部分必须由婴儿的看护人填写

1. 医生是否曾告知您，您的婴儿有任何健康问题或疾病吗？ [341-362]

是，请说明： _____

否

您的婴儿下次复诊是什么时候？ 日期： _____

2. 您为您的婴儿喂食什么食物？选择所有适用项。 [411.3]

母乳

配方奶（名称） _____

其他流质食物或饮料（非婴儿配方）： _____

婴儿食品或家庭/餐桌食物 _____

3. 您的婴儿都在哪些地方抱着奶瓶或吮杯？选择所有适用项。 [411.2]

仅喂母乳/不用奶瓶

床上

婴儿手推车

汽车座椅

由别人拿着

高椅

抱着他/她自己的奶瓶

其他 _____

4. 您会将糖、糖浆或蜂蜜蘸在您婴儿的安抚奶嘴上或 在母乳或配方奶里加入糖、糖浆或蜂蜜吗？ [411.2] [411.3] [411.5]

是

否

您的婴儿食用蜂蜜或含蜂蜜的任何食物，如蜂蜜全麦饼干、小松饼等吗？

是 [411.3] [411.5]

否

5. 您的婴儿进食以下哪些食物？选择所有适用项。 [411.5]

鲜榨果汁、蔬菜汁

未经高温消毒的（农场新鲜出品）乳制品

软奶酪，如羊乳酪、布里干酪、卡门培尔软质乳酪、蓝芝士、白乳酪或墨西哥奶酪

生的或未煮熟的肉类、鱼、鸡、火鸡或鸡蛋

生豆苗菜（苜蓿、三叶草、豆荚、小红萝卜）

未经烹调的午餐肉、熟食肉、热狗

以上皆不是

6. 您是否注意到您婴儿嘴里的口腔或牙齿问题吗？ [381]

是，请说明问题： _____

否

您的 CPA/营养师将讨论您婴儿的饮食和活动习惯，并询问更多问题。