**پرسشنامه تحقیق برنامه حمایتی تغذیه کودکان زیر شش سال**

**مشخصات کودک :**

نام و نام خانوادگی : شماره شناسنامه : تاریخ تولد : چندمین فرزند:

وزن فعلی : وزن کودک به هنگام تولد : معرفی شده از مرکز بهداشتی درمانی:

**مشخصات سرپرست :**

نام و نام خانوادگی سرپرست : نام نام خانوادگی پدر : تاریخ تولد:

شغل: میزان تحصیلات : در قید حیات: □ متوفی□

نام و نام خانوادگی مادر: تاریخ تولد: شغل: میزان تحصیلات:

در قید حیات : □ متوفی:□

توضیح: چنانچه سرپرست فاقد شغل می باشد منابع در آمد ذکر گردد: ........................................................

**مشخصات عمومی خانوار:**

محل سکونت : شهر □ روستا : □ وضیعت سکونت: شخصی □ استجاری □

مبلغ ودیعه ........... مبلغ اجاره ............ .......... ادرس :

تلفن ثابت : تلفن همراه :

آیا سابقه بیماری مزمن و سوء تغذیه در اعضای خانوار وجود دارد بلی □ خیر □ در صورت بلی نوع بیماری:

نسبت بیمار باکودک: تعداد فرزندان : تعدادفرزندان کمتر از6 سال:

**سابقه حمایتی**

مددجوی امداد □ کد مددجویی: غیر مددجو(موردی)□

تحت حمایت سایر سازمانهای حمایتی نمی باشد □ می باشد □ نام سازمان: میزان کمک هزینه ماهیانه :

کارشناس مسئول درمان مدیریت شهرستان ........................... نظر نهایی مدیر شهرستان ..............