이유식 새 식재료 기록표 · 쓰는 법

보호자가 적는 빈 기록지예요. 재료 이름과 순서는 적혀 있지 않아요.

질병관리청 안내 (원문 그대로)

- 새로운 식품은 한 번에 한 가지씩 추가하며, 며칠 동안 아이의 이상 반응 여부를 살펴보며 천천히 늘립니다.
- 이유 보충식을 진행할 때 아이의 발달 상태에 맞는 형태로 새로운 식품을 하나씩 천천히 도입하면서 반응을 살펴보면 됩니다.

이렇게 적어요

- 새 재료를 먹인 날 한 줄: 날짜, 재료 이름, 처음인지 두 번째인지 표시해요.
- 먹은 뒤 본 모습을 표시하고, 표에 없는 모습은 메모 칸에 그대로 적어요.
- 며칠을 지켜볼지, 어떤 재료를 언제 먹일지는 이 종이에 없어요. 소아청소년과 안내를 따라요.

반응 칸의 낱말은 어디서 왔나요

질병관리청이 영유아 식품 알레르기의 대표 증상으로 든 「두드러기, 피부 발진, 가려움 · 구토, 복통, 설사 · 입술이나 얼굴이 붓는 증상 · 기침, 쌕쌕거림, 호흡곤란」을 줄여 칸으로 만들었어요. 표시는 본 것을 남기는 칸이고, 판단은 진료실에서 해요.

이럴 땐 병원 (원문 그대로)

- 음식 섭취 후 갑자기 호흡이 힘들어지거나 축 처지는 경우 즉시 진료를 받아야 합니다.
- 다만 이미 특정 음식에 알레르기 반응이 있었거나, 심한 아토피 피부염이 있거나, 형제자매를 포함해 강한 알레르기 병력이 있는 경우에는 새로운 식품 도입 전에 의료진과 상담하는 것이 도움이 될 수 있습니다.

종이와 펜은 아기 손이 닿지 않는 곳에 두고, 기록은 다 먹인 뒤에 해도 돼요.

이유식 새 식재료 기록표

새 재료를 먹인 날마다 한 줄씩 적어요.

아기 이름 _____ **적기 시작한 날** _____

날짜	재료 이름	몇 번째	먹은 뒤 본 모습		메모
월 일		☐ 처음 ☐ 두 번째 ____번째	☐ 두드러기·발진 ☐ 구토·설사 ☐ 기침·쌕쌕거림	☐ 가려움 ☐ 입술·얼굴 붓기 ☐ 본 것 없음	
월 일		☐ 처음 ☐ 두 번째 ____번째	☐ 두드러기·발진 ☐ 구토·설사 ☐ 기침·쌕쌕거림	☐ 가려움 ☐ 입술·얼굴 붓기 ☐ 본 것 없음	
월 일		☐ 처음 ☐ 두 번째 ____번째	☐ 두드러기·발진 ☐ 구토·설사 ☐ 기침·쌕쌕거림	☐ 가려움 ☐ 입술·얼굴 붓기 ☐ 본 것 없음	
월 일		☐ 처음 ☐ 두 번째 ____번째	☐ 두드러기·발진 ☐ 구토·설사 ☐ 기침·쌕쌕거림	☐ 가려움 ☐ 입술·얼굴 붓기 ☐ 본 것 없음	
월 일		☐ 처음 ☐ 두 번째 ____번째	☐ 두드러기·발진 ☐ 구토·설사 ☐ 기침·쌕쌕거림	☐ 가려움 ☐ 입술·얼굴 붓기 ☐ 본 것 없음	
월 일		☐ 처음 ☐ 두 번째 ____번째	☐ 두드러기·발진 ☐ 구토·설사 ☐ 기침·쌕쌕거림	☐ 가려움 ☐ 입술·얼굴 붓기 ☐ 본 것 없음	
월 일		☐ 처음 ☐ 두 번째 ____번째	☐ 두드러기·발진 ☐ 구토·설사 ☐ 기침·쌕쌕거림	☐ 가려움 ☐ 입술·얼굴 붓기 ☐ 본 것 없음	
월 일		☐ 처음 ☐ 두 번째 ____번째	☐ 두드러기·발진 ☐ 구토·설사 ☐ 기침·쌕쌕거림	☐ 가려움 ☐ 입술·얼굴 붓기 ☐ 본 것 없음	
월 일		☐ 처음 ☐ 두 번째 ____번째	☐ 두드러기·발진 ☐ 구토·설사 ☐ 기침·쌕쌕거림	☐ 가려움 ☐ 입술·얼굴 붓기 ☐ 본 것 없음	

반응 칸 낱말은 질병관리청이 든 영유아 식품 알레르기 대표 증상을 줄인 것이에요. 표에 없는 모습은 메모에 적어요.

재료별 기록 카드

재료 하나에 카드 하나. 먹인 날을 차례로 이어 적어요.

재료 이름 _____

처음 ___월 ___일

- ☐ 두드러기·발진 ☐ 가려움 ☐ 구토·설사
- ☐ 입술·얼굴 붓기 ☐ 기침·쌕쌕거림 ☐ 본 것 없음

두 번째 ___월 ___일

- ☐ 두드러기·발진 ☐ 가려움 ☐ 구토·설사
- ☐ 입술·얼굴 붓기 ☐ 기침·쌕쌕거림 ☐ 본 것 없음

세 번째 ___월 ___일

- ☐ 두드러기·발진 ☐ 가려움 ☐ 구토·설사
- ☐ 입술·얼굴 붓기 ☐ 기침·쌕쌕거림 ☐ 본 것 없음

메모 _____

재료 이름 _____

처음 ___월 ___일

- ☐ 두드러기·발진 ☐ 가려움 ☐ 구토·설사
- ☐ 입술·얼굴 붓기 ☐ 기침·쌕쌕거림 ☐ 본 것 없음

두 번째 ___월 ___일

- ☐ 두드러기·발진 ☐ 가려움 ☐ 구토·설사
- ☐ 입술·얼굴 붓기 ☐ 기침·쌕쌕거림 ☐ 본 것 없음

세 번째 ___월 ___일

- ☐ 두드러기·발진 ☐ 가려움 ☐ 구토·설사
- ☐ 입술·얼굴 붓기 ☐ 기침·쌕쌕거림 ☐ 본 것 없음

메모 _____

재료 이름 _____

처음 ___월 ___일

- ☐ 두드러기·발진 ☐ 가려움 ☐ 구토·설사
- ☐ 입술·얼굴 붓기 ☐ 기침·쌕쌕거림 ☐ 본 것 없음

두 번째 ___월 ___일

- ☐ 두드러기·발진 ☐ 가려움 ☐ 구토·설사
- ☐ 입술·얼굴 붓기 ☐ 기침·쌕쌕거림 ☐ 본 것 없음

세 번째 ___월 ___일

- ☐ 두드러기·발진 ☐ 가려움 ☐ 구토·설사
- ☐ 입술·얼굴 붓기 ☐ 기침·쌕쌕거림 ☐ 본 것 없음

메모 _____

재료 이름 _____

처음 ___월 ___일

- ☐ 두드러기·발진 ☐ 가려움 ☐ 구토·설사
- ☐ 입술·얼굴 붓기 ☐ 기침·쌕쌕거림 ☐ 본 것 없음

두 번째 ___월 ___일

- ☐ 두드러기·발진 ☐ 가려움 ☐ 구토·설사
- ☐ 입술·얼굴 붓기 ☐ 기침·쌕쌕거림 ☐ 본 것 없음

세 번째 ___월 ___일

- ☐ 두드러기·발진 ☐ 가려움 ☐ 구토·설사
- ☐ 입술·얼굴 붓기 ☐ 기침·쌕쌕거림 ☐ 본 것 없음

메모 _____

재료 이름 _____

처음 ___월 ___일

- ☐ 두드러기·발진 ☐ 가려움 ☐ 구토·설사
- ☐ 입술·얼굴 붓기 ☐ 기침·쌕쌕거림 ☐ 본 것 없음

두 번째 ___월 ___일

- ☐ 두드러기·발진 ☐ 가려움 ☐ 구토·설사
- ☐ 입술·얼굴 붓기 ☐ 기침·쌕쌕거림 ☐ 본 것 없음

세 번째 ___월 ___일

- ☐ 두드러기·발진 ☐ 가려움 ☐ 구토·설사
- ☐ 입술·얼굴 붓기 ☐ 기침·쌕쌕거림 ☐ 본 것 없음

메모 _____

재료 이름 _____

처음 ___월 ___일

- ☐ 두드러기·발진 ☐ 가려움 ☐ 구토·설사
- ☐ 입술·얼굴 붓기 ☐ 기침·쌕쌕거림 ☐ 본 것 없음

두 번째 ___월 ___일

- ☐ 두드러기·발진 ☐ 가려움 ☐ 구토·설사
- ☐ 입술·얼굴 붓기 ☐ 기침·쌕쌕거림 ☐ 본 것 없음

세 번째 ___월 ___일

- ☐ 두드러기·발진 ☐ 가려움 ☐ 구토·설사
- ☐ 입술·얼굴 붓기 ☐ 기침·쌕쌕거림 ☐ 본 것 없음

메모 _____

먹어 본 재료 목록 · 진료 메모

먹여 본 재료를 칸에 모아 적고, 물어볼 것을 적어요.

재료 _____ 처음 먹인 날 ___월 ___일	재료 _____ 처음 먹인 날 ___월 ___일	재료 _____ 처음 먹인 날 ___월 ___일
재료 _____ 처음 먹인 날 ___월 ___일	재료 _____ 처음 먹인 날 ___월 ___일	재료 _____ 처음 먹인 날 ___월 ___일
재료 _____ 처음 먹인 날 ___월 ___일	재료 _____ 처음 먹인 날 ___월 ___일	재료 _____ 처음 먹인 날 ___월 ___일
재료 _____ 처음 먹인 날 ___월 ___일	재료 _____ 처음 먹인 날 ___월 ___일	재료 _____ 처음 먹인 날 ___월 ___일
재료 _____ 처음 먹인 날 ___월 ___일	재료 _____ 처음 먹인 날 ___월 ___일	재료 _____ 처음 먹인 날 ___월 ___일
재료 _____ 처음 먹인 날 ___월 ___일	재료 _____ 처음 먹인 날 ___월 ___일	재료 _____ 처음 먹인 날 ___월 ___일
재료 _____ 처음 먹인 날 ___월 ___일	재료 _____ 처음 먹인 날 ___월 ___일	재료 _____ 처음 먹인 날 ___월 ___일
재료 _____ 처음 먹인 날 ___월 ___일	재료 _____ 처음 먹인 날 ___월 ___일	재료 _____ 처음 먹인 날 ___월 ___일

진료 때 물어볼 것

진료 때 들은 말