MONTHLY INFANT MEAL RECORD
BIRTH THROUGH 5 MONTHS

Name of Infant: _____ Birth Date: _____ Month/Year: _____/_____

	Breakfast		AM Snack		Lunch		PM Snack	
Date	**4-6oz IFIF *and/or* B Milk**	**Count Meal**	**4-6oz IFIF *and/or* B Milk**	**Count Meal**	**4-6oz IFIF *and/or* B Milk**	**Count Meal**	**4-6oz IFIF *and/or* B Milk**	**Count Meal**
	IFIF/B Milk		IFIF/B Milk		IFIF/B Milk		IFIF/B Milk	
	IFIF/B Milk		IFIF/B Milk		IFIF/B Milk		IFIF/B Milk	
	IFIF/B Milk		IFIF/B Milk		IFIF/B Milk		IFIF/B Milk	
	IFIF/B Milk		IFIF/B Milk		IFIF/B Milk		IFIF/B Milk	
	IFIF/B Milk		IFIF/B Milk		IFIF/B Milk		IFIF/B Milk	
	IFIF/B Milk		IFIF/B Milk		IFIF/B Milk		IFIF/B Milk	
	IFIF/B Milk		IFIF/B Milk		IFIF/B Milk		IFIF/B Milk	
	IFIF/B Milk		IFIF/B Milk		IFIF/B Milk		IFIF/B Milk	
	IFIF/B Milk		IFIF/B Milk		IFIF/B Milk		IFIF/B Milk	
	IFIF/B Milk		IFIF/B Milk		IFIF/B Milk		IFIF/B Milk	
	IFIF/B Milk		IFIF/B Milk		IFIF/B Milk		IFIF/B Milk	
	IFIF/B Milk		IFIF/B Milk		IFIF/B Milk		IFIF/B Milk	
	IFIF/B Milk		IFIF/B Milk		IFIF/B Milk		IFIF/B Milk	
	IFIF/B Milk		IFIF/B Milk		IFIF/B Milk		IFIF/B Milk	
	IFIF/B Milk		IFIF/B Milk		IFIF/B Milk		IFIF/B Milk	
	IFIF/B Milk		IFIF/B Milk		IFIF/B Milk		IFIF/B Milk	
	IFIF/B Milk		IFIF/B Milk		IFIF/B Milk		IFIF/B Milk	
	IFIF/B Milk		IFIF/B Milk		IFIF/B Milk		IFIF/B Milk	
	IFIF/B Milk		IFIF/B Milk		IFIF/B Milk		IFIF/B Milk	
	IFIF/B Milk		IFIF/B Milk		IFIF/B Milk		IFIF/B Milk	
	IFIF/B Milk		IFIF/B Milk		IFIF/B Milk		IFIF/B Milk	
TOTALS								

IFIF = Iron Fortified Infant Formula
B Milk = Breast Milk