

RHODE ISLAND WIC BREASTFEEDING PEER COUNSELOR MONTHLY CONTACT RECORD

PC _____ Site _____ Month/Year _____

Date	Client Name	Prenatal, BF, FF, Both, Pumping	Init or F/U	Phone/Clinic /Mail/Home	Contact Length	Notes (for PC purposes only)	Chart (✓)
		PN BF FF B P	I F/U	P C M H			
		PN BF FF B P	I F/U	P C M H			
		PN BF FF B P	I F/U	P C M H			
		PN BF FF B P	I F/U	P C M H			
		PN BF FF B P	I F/U	P C M H			
		PN BF FF B P	I F/U	P C M H			
		PN BF FF B P	I F/U	P C M H			
		PN BF FF B P	I F/U	P C M H			
		PN BF FF B P	I F/U	P C M H			
		PN BF FF B P	I F/U	P C M H			
		PN BF FF B P	I F/U	P C M H			
		PN BF FF B P	I F/U	P C M H			
		PN BF FF B P	I F/U	P C M H			
		PN BF FF B P	I F/U	P C M H			
		PN BF FF B P	I F/U	P C M H			
		PN BF FF B P	I F/U	P C M H			
		PN BF FF B P	I F/U	P C M H			
		PN BF FF B P	I F/U	P C M H			
		PN BF FF B P	I F/U	P C M H			
		PN BF FF B P	I F/U	P C M H			