

건강 유지 평가

(Staying Healthy Assessment)

0 – 6 개월 (0 – 6 Months)

어린이 이름 (이름 & 성)	생년월일	☐ 여자 ☐ 남자	오늘 날짜	탁아소/데이케어에 다닙니까? ☐ 예 ☐ 아니오
양식을 작성한 사람		☐ 부모 ☐ 친척 ☐ 친구 ☐ 후견인 ☐ 기타 (구체적으로 작성하십시오)		양식 작성에 도움이 필요하십니까? ☐ 예 ☐ 아니오

이 양식에 있는 모든 질문에 최대한 답변해 주십시오. 답을 모르거나 답변하기를 원하지 않는 경우에는 “통과”에 동그라미 하십시오. 이 양식에 있는 사항에 대해 질문이 있는 경우 반드시 의사에게 문의하십시오. 귀하의 답변은 귀하의 의료 기록의 일부로서 보호됩니다.

통역사가
필요하십니까?
☐ 예 ☐ 아니오

Clinic Use Only:
Nutrition

1	귀하의 아기에게 모유수유를 하십니까? <i>Breastfeeds baby?</i>	예 Yes	아니오 No	통과 Skip	Physical Activity
2	귀하의 아기의 몸무게에 대해 걱정하십니까? <i>Concerned about baby's weight?</i>	아니오 No	예 Yes	통과 Skip	
3	귀하의 아기가 TV 를 보니까? <i>Baby watches any TV?</i>	아니오 No	예 Yes	통과 Skip	
4	귀하의 집에 정상 작동하는 연기 탐지기가 있습니까? <i>Home has working smoke detector?</i>	예 Yes	아니오 No	통과 Skip	Safety
5	귀하의 온수 온도를 미지근한 온도 (120 도 미만)으로 맞춰놓았습니까? <i>Water temperature turned down to low-warm?</i>	예 Yes	아니오 No	통과 Skip	
6	귀하의 집이 1 층보다 높은 경우 창문과 계단 입구에 안전망을 설치했습니까? <i>Safety guards on window and gates for stairs in multi-level home?</i>	예 Yes	아니오 No	통과 Skip	
7	귀하의 집에 청소 용품, 약품 및 성냥은 잠금 장치가 있는 안전한 장소에 보관되어 있습니까? <i>Cleaning supplies, medicines and matches locked away?</i>	예 Yes	아니오 No	통과 Skip	
8	귀하의 집 전화 옆에 독극물 통제센터 (Poison Control Center) 800-222-1222 번 전화번호를 붙여놓았습니까? <i>Home has phone # of the Poison Control Center posted by phone?</i>	예 Yes	아니오 No	통과 Skip	
9	귀하의 아기를 항상 바로 눕혀서 재웁니까? <i>Always puts baby to sleep on her/his back?</i>	예 Yes	아니오 No	통과 Skip	

10	귀하의 아기가 욕조에 있을 때 항상 옆에 있습니까? <i>Always stays with baby in the bathtub?</i>	예 Yes	아니오 No	통과 Skip	
11	귀하의 아기를 항상 차량 뒷좌석에 뒷면을 향하도록 설치한 카시트에 앉습니까? <i>Always places baby in a rear facing car seat in the back seat?</i>	예 Yes	아니오 No	통과 Skip	
12	귀하가 사용하는 카시트는 귀하의 아기의 연령과 사이즈에 맞는 제품입니까? <i>Car seat used is correct size for age and size of baby?</i>	예 Yes	아니오 No	통과 Skip	
13	귀하의 아기는 총이 보관된 집에서 시간을 보냅니까? <i>Baby spends time in home where a gun is kept?</i>	아니오 No	예 Yes	통과 Skip	
14	귀하는 분유, 우유 또는 물 이외의 음식물이 담긴 젖병을 귀하의 아기에게 줍니까? <i>Gives baby a bottle with anything in it except formula, milk or water?</i>	아니오 No	예 Yes	통과 Skip	Dental Health
15	귀하의 아기는 담배를 피우는 사람과 시간을 보냅니까? <i>Baby spends time with anyone who smokes?</i>	아니오 No	예 Yes	통과 Skip	Tobacco Exposure
16	귀하는 귀하의 아기의 건강, 발달 또는 행동에 대해 다른 질문이 있거나 걱정이 있습니까? <i>Any other questions or concerns about baby's health, development or behavior?</i>	아니오 No	예 Yes	통과 Skip	Other Questions

예라고 답한 경우 자세히 작성하십시오.

Clinic Use Only	Counseled	Referred	Anticipatory Guidance	Follow-up Ordered	Comments:
☐ Nutrition	☐	☐	☐	☐	
☐ Physical Activity	☐	☐	☐	☐	
☐ Safety	☐	☐	☐	☐	
☐ Dental Health	☐	☐	☐	☐	
☐ Tobacco Exposure	☐	☐	☐	☐	
					☐ Patient Declined the SHA
PCP's Signature:		Print Name:			Date: