

保持健康評估

(Staying Healthy Assessment)

5-8歲 (5-8 Years)

孩童姓名 (名和姓)	出生日期	<input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 男	當日日期：	學校年級？
填表人	<input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 親屬 <input type="checkbox"/> 朋友 <input type="checkbox"/> 監護人 <input type="checkbox"/> 其他 (請註明)			學校出席 正常？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

請儘量回答本表格所有的問題。如果您不知道答案或不想回答，請圈選「跳過」。如果對本表格有任何問題，請一定要問醫生。您的回答將與您的醫療記錄一同受到保護。

需要翻譯員嗎？
是 否

Clinic Use Only:

				Nutrition
1	您小孩有沒有每天喝或吃3份高鈣食品，例如牛奶、乳酪、優格乳、豆漿或豆腐？ <i>Child drinks/eats 3 servings of calcium-rich foods daily?</i>	是 Yes	否 No	跳過 Skip
2	您小孩是否每天至少吃兩次蔬菜水果？ <i>Child eats fruits and vegetables at least two times per day?</i>	是 Yes	否 No	跳過 Skip
3	您小孩是否一星期超過一次吃高脂食品，如油炸食物、洋芋片、冰淇淋或披薩？ <i>Child eats high fat foods more than once per week?</i>	否 No	是 Yes	跳過 Skip
4	您小孩是否每天喝超過一小杯的（4-6盎司）果汁？ <i>Child drinks more than one small cup of juice per day</i>	否 No	是 Yes	跳過 Skip
5	您小孩是否一週喝超過一次蘇打飲料、果汁飲料、運動飲料、能量飲料或其他添加糖份飲料？ <i>Child drinks soda, juice/sports/energy drinks, or other sweetened drinks more than once per week?</i>	否 No	是 Yes	跳過 Skip
				Physical Activity
6	您小孩有沒有每週多日做運動或參加運動項目？ <i>Child exercises or plays sports most days of the week?</i>	是 Yes	否 No	跳過 Skip
7	您擔心您小孩的體重嗎？ <i>Concerned about child's weight?</i>	否 No	是 Yes	跳過 Skip
8	您小孩是否每天看少於2小時的電視或玩電動遊戲？ <i>Child watches TV or plays video games less than 2 hours per day?</i>	是 Yes	否 No	跳過 Skip
				Safety
9	您家裡有功能正常的煙霧偵測器嗎？ <i>Home has a working smoke detector?</i>	是 Yes	否 No	跳過 Skip
10	您有沒有將水溫調到低溫（低於120度）？ <i>Water temperature turned down to low-warm?</i>	是 Yes	否 No	跳過 Skip
11	您家裡電話旁邊貼著毒物控制中心（800-222-1222）的電話號碼嗎？ <i>Home has phone # of the Poison Control Center posted by phone?</i>	是 Yes	否 No	跳過 Skip
12	您是否總是放置您小孩在車後座加高座椅上（或如身高高於4' 9"，使用安全帶）？ <i>Always places child in booster seat in back seat (or uses a seat belt) if child is over 4'9"?</i>	是 Yes	否 No	跳過 Skip
13	您小孩是否會在游泳池附近、河邊或湖邊待一段時間？ <i>Child spends time near a swimming pool, river, or lake?</i>	否 No	是 Yes	跳過 Skip

14	您小孩會待在有槍枝的家中嗎？ <i>Child spends time in home where a gun is kept?</i>	否 <i>No</i>	是 <i>Yes</i>	跳過 <i>Skip</i>	
15	您孩子是否有時與任何攜帶槍、刀或其他武器的人在一起？ <i>Child spends time with anyone who carries a gun, knife, or other weapon?</i>	否 <i>No</i>	是 <i>Yes</i>	跳過 <i>Skip</i>	
16	您小孩騎自行車、玩滑板或滑板車時是否總是戴安全帽？ <i>Child always wears a helmet when riding a bike, skateboard, or scooter?</i>	是 <i>Yes</i>	否 <i>No</i>	跳過 <i>Skip</i>	
17	您小孩是否曾目睹虐待或暴力，或者本身是虐待或暴力受害者？ <i>Child ever witnessed or been victim of abuse or violence?</i>	否 <i>No</i>	是 <i>Yes</i>	跳過 <i>Skip</i>	
18	您孩子在過去的一年是否曾被打或打人？ <i>Has child been hit or hit someone in the past year?</i>	否 <i>No</i>	是 <i>Yes</i>	跳過 <i>Skip</i>	
19	您孩子是否曾在學校或您居家附近被人欺負，或感到不安全（或在網絡被欺負）？ <i>Has child ever been bullied or felt unsafe at school/neighborhood (or been cyber-bullied?)</i>	否 <i>No</i>	是 <i>Yes</i>	跳過 <i>Skip</i>	
20	您孩子每天都有刷牙和使用牙線嗎？ <i>Child brushes and flosses teeth daily?</i>	是 <i>Yes</i>	否 <i>No</i>	跳過 <i>Skip</i>	Dental Health
21	您的孩子是否經常顯得悲傷或沮喪？ <i>Child often seems sad or depressed?</i>	否 <i>No</i>	是 <i>Yes</i>	跳過 <i>Skip</i>	Mental Health
22	您小孩是否有時與抽煙的人在一起？ <i>Child spends time with anyone who smokes?</i>	否 <i>No</i>	是 <i>Yes</i>	跳過 <i>Skip</i>	Tobacco Exposure
23	您是否有任何其他關於您小孩健康或行為上的問題或疑慮？ <i>Any other questions or concerns about child's health or behavior?</i>	否 <i>No</i>	是 <i>Yes</i>	跳過 <i>Skip</i>	Other Questions

若回答是，請描述：

<i>Clinic Use Only</i>	Counseled	Referred	Anticipatory Guidance	Follow-up Ordered	Comments:
<input type="checkbox"/> Nutrition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Physical Activity	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Safety	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Dental Health	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Tobacco Exposure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/> Patient Declined the SHA
PCP's Signature		Print Name:			Date:
SHA ANNUAL REVIEW					
PCP's Signature		Print Name:			Date:
PCP's Signature		Print Name:			Date:
PCP's Signature		Print Name:			Date: