

保持健康評估

(Staying Healthy Assessment)

1到2歲 (1 - 2 Years)

孩童姓名 (名和姓)	出生日期	<input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 男	當日日期：	在托兒所嗎? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
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)			需要幫助填寫本表格嗎? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

請盡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	您用母乳哺育您的小孩嗎? <i>Breastfeeds child?</i>	是 <i>Yes</i>	否 <i>No</i>	跳過 <i>Skip</i>	Nutrition
2	您小孩有沒有每天喝或吃3份高鈣食品，例如牛奶、乳酪、優格乳或豆腐? <i>Child drinks/eats 3 servings of calcium rich foods daily?</i>	是 <i>Yes</i>	否 <i>No</i>	跳過 <i>Skip</i>	
3	您小孩是否每天至少吃兩次蔬菜水果? <i>Child eats fruits and vegetables at least 2 times per day?</i>	是 <i>Yes</i>	否 <i>No</i>	跳過 <i>Skip</i>	
4	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 <i>No</i>	是 <i>Yes</i>	跳過 <i>Skip</i>	
5	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 <i>No</i>	是 <i>Yes</i>	跳過 <i>Skip</i>	
6	您小孩是否一週喝超過一次蘇打飲料、果汁飲料、運動/能量飲料或其他添加糖份飲料? <i>Child drinks soda, juice drinks, sports drinks, energy drinks, or other sweetened drinks more than once per week?</i>	否 <i>No</i>	是 <i>Yes</i>	跳過 <i>Skip</i>	
					Physical Activity
7	您小孩有沒有每週多日活躍地玩? <i>Child plays actively most days of the week?</i>	是 <i>Yes</i>	否 <i>No</i>	跳過 <i>Skip</i>	Physical Activity
8	您擔心您小孩的體重嗎? <i>Concerned about child's weight?</i>	否 <i>No</i>	是 <i>Yes</i>	跳過 <i>Skip</i>	
9	您小孩有沒有看電視或玩電動遊戲? <i>Child watches TV or plays video games?</i>	否 <i>No</i>	是 <i>Yes</i>	跳過 <i>Skip</i>	
					Safety
10	您家裡有功能正常的煙霧偵測器嗎? <i>Home has working smoke detector?</i>	是 <i>Yes</i>	否 <i>No</i>	跳過 <i>Skip</i>	Safety
11	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 <i>Yes</i>	否 <i>No</i>	跳過 <i>Skip</i>	
12	如您家是樓房，您有在窗戶和樓梯入口裝置安全防護嗎? <i>Safety guards on windows and gates for stairs in multi-level home?</i>	是 <i>Yes</i>	否 <i>No</i>	跳過 <i>Skip</i>	
13	您有將家裡的清潔用品、藥物和火柴鎖起來嗎? <i>Cleaning supplies, medicines, and matches locked away?</i>	是 <i>Yes</i>	否 <i>No</i>	跳過 <i>Skip</i>	

14	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 Poison Control Center posted by phone?</i>	是 <i>Yes</i>	否 <i>No</i>	跳過 <i>Skip</i>	
15	您小孩洗盆浴時您是否一直在她/他身邊？ <i>Always stays with child when in the bathtub?</i>	是 <i>Yes</i>	否 <i>No</i>	跳過 <i>Skip</i>	
16	您是否總是將小孩放置在車後座後向的安全座椅上？ <i>Always places child in a rear facing car seat in the back seat?</i>	是 <i>Yes</i>	否 <i>No</i>	跳過 <i>Skip</i>	
17	您所使用的安全座椅是否適用於您小孩的年齡和大小？ <i>Car seat used is correct size for age and size of child?</i>	是 <i>Yes</i>	否 <i>No</i>	跳過 <i>Skip</i>	
18	在倒車前您是否總是先檢查您的小孩？ <i>Always checks for children before backing car out?</i>	是 <i>Yes</i>	否 <i>No</i>	跳過 <i>Skip</i>	
19	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 <i>No</i>	是 <i>Yes</i>	跳過 <i>Skip</i>	
20	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>	
21	您孩子騎自行車、玩滑板或滑板車時是否總是戴安全帽？ <i>Child always wears helmet when riding a bike, skateboard, or scooter?</i>	是 <i>Yes</i>	否 <i>No</i>	跳過 <i>Skip</i>	
22	您孩子每天都有刷牙和使用牙線嗎？ <i>Child is helped to brush and floss teeth daily?</i>	是 <i>Yes</i>	否 <i>No</i>	跳過 <i>Skip</i>	Dental Health
23	您孩子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
24	您是否有任何其他關於您小孩健康、發育或行為上的問題或疑慮？ <i>Any other questions or concerns about child's health, development 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: