

**“保持健康” 評估表
兒童，年齡 0–3 歲**

Patient Stamp	
Patient Number _____	Plan Name/Number _____
<i>If patient stamp not used, write in Patient and Plan Name/Number</i>	

兒童姓名 (名, 姓)	出生日期	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	今天的日期	For Clinical Use
您的姓名	與兒童的關係 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 監護人 <input type="checkbox"/> 親戚 <input type="checkbox"/> 朋友 <input type="checkbox"/> 其它			Assistance needed: Reading: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Interpreter: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

通過與孩子的醫療護理人員的合作，您可以使孩子的身體更加健康。請儘量回答下列問題。如果您不知道答案或不願意回答，您可選擇“跳過”並加上(✓)符號。您可以與醫療護理人員討論任何問題。您的回答將作為孩子醫療檔案的一部份保存。

回答示例：您的孩子是否上幼兒園？	<input checked="" type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 跳過	Interventions Code/Date/Initials
------------------	---------------------------------------	----------------------------	-----------------------------	---

您家中是否有： (Does your home have:)				
1. 正常的煙霧警報器? (A working smoke detector?)	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 跳過	
2. 自來水的溫度很高足以燙傷您的孩子? (Water that comes from the faucet hot enough to burn your child?)	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 跳過	
3. 在一樓以上的窗子和樓梯上安裝欄杆或欄門? (Window guards and stair gates above the first floor?)	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 跳過	
4. 將清潔用品，藥物和火柴放在上鎖的櫃子裡? (Cleaning supplies, medicines, and matches in a locked cabinet?)	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 跳過	
5. 在您的電話旁有毒藥控制中心的電話號碼? (The phone number for the poison control center posted by your telephone?)	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 跳過	
您是否： (Do you:)				
6. 總是將未滿周歲的孩子將他的 / 她的面朝上睡? (Always put your child to sleep on his/her back, if younger than 12 months of age?)	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 跳過	
7. 曾經用奶瓶內裝果汁，牛奶或汽水哄孩子入睡? (Ever put your child to sleep with a bottle of juice, milk, or soda?)	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 跳過	
8. 確保孩子每天刷牙? (Make sure your child's teeth are brushed every day?)	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 跳過	
9. 當孩子在浴缸中時，總是和孩子在一起? (Always stay with your child when he/she is in the bathtub?)	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 跳過	
10. 始終將孩子放在嬰兒車座中並用安全帶固定在汽車後排座位上? (Always put your child in a car seat and seat belt in the back seat of a car?)	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 跳過	
11. 倒車前總是首先環繞汽車檢查孩子是否在車子周圍? (Always walk around your car to check for children before backing out?)	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 跳過	

For Clinical Use					
Intervention Codes:	C: Counseling	EM: Educational Materials	R: Referral	F: Follow-up Needed	SPN: See Progress Notes

			<i>For Clinical Use</i>
			Interventions Code/Date/Initials
您的孩子是否：(Does your child:)			
12.	除了家庭醫生外還有接受其它醫療護理服務 (如針灸師，中醫，矯正師，或其它醫療者)? <i>(Receive health care from anyone besides a medical doctor [such as an acupuncturist, herbalist, curandero, or other healer]?)</i>	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 跳過	
13.	母乳喂養? <i>(Breastfeed?)</i>	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 跳過	
14.	每天至少兩次喝嬰兒配方奶，鮮奶或酸奶酪? <i>(Drink formula, milk or eat yogurt at least 2 times a day?)</i>	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 跳過	
15.	每天吃蔬菜和水果? <i>(Eat fruits and vegetables every day?)</i>	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 跳過	
16.	吃可能引起氣管窒息的食物，如堅果，爆米花， 熱狗，整粒葡萄或硬糖果? <i>(Eat foods that may cause choking, such as nuts, popcorn, hotdogs, whole grapes, or hard candy?)</i>	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 跳過	
17.	在有游泳池或熱浴池的住宅或公寓中逗留? <i>(Spend time at a house or apartment complex with a swimming pool or hot tub?)</i>	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 跳過	
18.	在藏有槍枝的住宅內逗留? <i>(Spend time in a home where a gun is kept?)</i>	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 跳過	
19.	在有人吸煙的住宅內逗留? <i>(Spend time in a home with anyone who smokes?)</i>	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 跳過	
20.	經常在戶外活動時不塗抹防晒霜或用其它防晒用品 例如帽子或襯衫等? <i>(Often spend time outdoors without sunscreen or other protection, such as a hat or shirt?)</i>	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 跳過	
21.	您的孩子是否曾經目睹或遭受虐待或暴力? <i>(Has your child ever witnessed or been a victim of abuse or violence?)</i>	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 跳過	
22.	您是否有其它關於孩子健康的問題或關心的事項? <i>(Do you have other questions or concerns about your child's health?)</i>	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 跳過	
(請說明) <i>(Please identify)</i> _____ _____ _____ _____			

For Clinical Use

Intervention Codes: C: Counseling EM: Educational Materials R: Referral F: Follow-up Needed SPN: See Progress Notes

隱私權聲明

本聲明是依照1977年資訊實施法 (1798年加州民法) 和聯邦隱私權法 (5 USC 552a, 第 (E)(3)節)之要求，在收集個人資訊時刊登。 本表中的資訊繫應您的健康護理人員，健康保險計劃和健康服務部門的要求提供，目的是提供健康教育服務。病人可自願選擇是否提供本表中要求的資訊。不提供要求的資訊不會為病人帶來任何不利的後果。本表中收集的資訊將保存在病人的醫療檔案中，並與醫療檔案中其它資訊一樣受到醫療和法律的保護。包括報告規定和病人隱私權保護在內的州法規條例適用於本表中的所有資訊。在該等法規條例的限制範圍內，本表收集的部份資訊可能轉送至州和當地政府及其監管機構，合約健康保險計劃和健康護理人員。