

未經您的特別書面許可，有關您的性和家庭規劃問題的回答不會透露給任何人，包括您的父母。(Your answers to questions about sex and family planning cannot be shared with anyone, including your parents, without your special written permission.)		For Clinical Use		
		Interventions Code/Date/Initials		
您是否曾經：(Do You Ever:)				
16.	曾經吸煙或咀嚼煙草？ (Smoke cigarettes or cigars or chew tobacco?)	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 跳過
17.	曾經飲酒，例如啤酒，葡萄酒，酒類冷飲或烈酒？ (Drink alcohol such as beer, wine, wine coolers, or liquor?)	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 跳過
18.	酒後開車或搭乘飲過酒的人開的車？ (Drive a car after drinking or ride in a car driven by someone who has been drinking?)	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 跳過
19.	吸毒，例如大麻，可卡因，未提純的可卡因，幻藥或迷幻藥？ (Use drugs such as marijuana, cocaine, crack, crank, or ecstasy?)	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 跳過
20.	您是否曾經性交過？ (Have you ever had sex?) 如果“是”，請繼續回答下列問題。 如果回答“否”，請跳至問題 26。 (If "Yes," continue to next question. If "No" go to question 26.)	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 跳過
21.	您認為您的伴侶有可能懷孕嗎？ (Do you think you or your partner could be pregnant?)	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 跳過
22.	在最近的一年中，您曾經不採用避孕措施性交嗎？ (Have you had sex without using birth control in the last year?)	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 跳過
23.	您是否認為您或您的性伴侶可能患有性病？ (Do you think you or your partner could have a sexually transmitted disease?)	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 跳過
24.	在過去一年中，您或您的性伴侶（們）是否與任何其它人性交？ (Have you or your partner(s) had sex with any other people in the past year?)	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 跳過
25.	在最近一次性交時，您或您的伴侶是否使用保險套？ (Did you or your partner use a condom the last time you had sex?)	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 跳過
您是否？ (Have you:)				
26.	曾經被強迫或被壓迫性交？ (Ever been forced or pressured to have sex?)	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 跳過
27.	是否曾經被打，被擱耳光，被踢或受到身體傷害？ (Ever been hit, slapped, kicked, or physically hurt by someone?)	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 跳過
28.	曾經攜帶槍枝，刀，棍棒或其它武器？ (Ever carried a gun, knife, club, or other weapon?)	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 跳過
29.	您是否有其它關於健康的問題或關心的事項？ (Do you have other questions or concerns about your health?) (請說明) (Please identify) _____ _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	<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

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。