

# 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<br><input type="checkbox"/> 男 | 當日日期： | 在托兒所嗎？<br><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<br><input type="checkbox"/> 其他 (請註明) |  |       | 需要幫助填寫本表格嗎？<br><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

只限診所使用：

**Clinic Use Only:**

|    |  |         |         | Nutrition         |
|----|--|---------|---------|-------------------|
| 1  | 您用母乳哺育您的小孩嗎？<br>(Breastfeeds child?)   | 是 (Yes) | 否 (No)  | 跳過 (Skip)         |
| 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？<br>(Child drinks/eats 3 servings of calcium rich foods daily?)   | 是 (Yes) | 否 (No)  | 跳過 (Skip)         |
| 3  | 您小孩是否每天至少吃兩次蔬菜水果？<br>(Child eats fruits and vegetables at least 2 times per day?)  | 是 (Yes) | 否 (No)  | 跳過 (Skip)         |
| 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？<br>(Child eats high fat foods more than once per week?)  | 否 (No)  | 是 (Yes) | 跳過 (Skip)         |
| 5  | 您小孩是否每天喝超過一小杯的 (4-6盎司) 果汁？<br>(Child drinks more than one small cup of juice per day?)   | 否 (No)  | 是 (Yes) | 跳過 (Skip)         |
| 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？<br>(Child drinks soda, juice drinks, sports drinks, energy drinks, or other sweetened drinks more than once per week?) | 否 (No)  | 是 (Yes) | 跳過 (Skip)         |
|    |  |         |         | Physical Activity |
| 7  | 您小孩有沒有每週多日活躍地玩？<br>(Child plays actively most days of the week?)   | 是 (Yes) | 否 (No)  | 跳過 (Skip)         |
| 8  | 您擔心您小孩的體重嗎？<br>(Concerned about child's weight?)   | 否 (No)  | 是 (Yes) | 跳過 (Skip)         |
| 9  | 您小孩有沒有看電視或玩電動遊戲？<br>(Child watches TV or plays video games?)   | 否 (No)  | 是 (Yes) | 跳過 (Skip)         |
|    |  |         |         | Safety            |
| 10 | 您家裡有功能正常的煙霧偵測器嗎？<br>(Home has working smoke detector?)   | 是 (Yes) | 否 (No)  | 跳過 (Skip)         |
| 11 | 您有沒有將水溫調到低溫 (低於120度)？<br>(Water temperature turned down to low-warm?)  | 是 (Yes) | 否 (No)  | 跳過 (Skip)         |
| 12 | 如您家是樓房，您有在窗戶和樓梯入口裝置安全防護嗎？<br>(Safety guards on windows and gates for stairs in multi-level home?)  | 是 (Yes) | 否 (No)  | 跳過 (Skip)         |
| 13 | 您有將家裡的清潔用品、藥物和火柴鎖起來嗎？<br>(Cleaning supplies, medicines, and matches locked away?)  | 是 (Yes) | 否 (No)  | 跳過 (Skip)         |

|    |  |            |            |              |                  |
|----|--|------------|------------|--------------|------------------|
| 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？<br><i>(Home has phone # of Poison Control Center posted by phone?)</i>              | 是<br>(Yes) | 否<br>(No)  | 跳過<br>(Skip) |                  |
| 15 | 您小孩洗盆浴時您是否一直在她/他身邊？<br><i>(Always stays with child when in the bathtub?)</i>   | 是<br>(Yes) | 否<br>(No)  | 跳過<br>(Skip) |                  |
| 16 | 您是否總是將小孩放置在車後座後向的安全座椅上？<br><i>(Always places child in a rear facing car seat in the back seat?)</i>                      | 是<br>(Yes) | 否<br>(No)  | 跳過<br>(Skip) |                  |
| 17 | 您所使用的安全座椅是否適用於您小孩的年齡和大小？<br><i>(Car seat used is correct size for age and size of child?)</i>                            | 是<br>(Yes) | 否<br>(No)  | 跳過<br>(Skip) |                  |
| 18 | 在倒車前您是否總是先檢查您的小孩？<br><i>(Always checks for children before backing car out?)</i>   | 是<br>(Yes) | 否<br>(No)  | 跳過<br>(Skip) |                  |
| 19 | 您小孩是否會在游泳池附近、河邊或湖邊待一段時間？<br><i>(Child spends time near a swimming pool, river, or lake?)</i>                             | 否<br>(No)  | 是<br>(Yes) | 跳過<br>(Skip) |                  |
| 20 | 您小孩會待在有槍枝的家中嗎？<br><i>(Child spends time in home where a gun is kept?)</i>  | 否<br>(No)  | 是<br>(Yes) | 跳過<br>(Skip) |                  |
| 21 | 您孩子騎自行車、玩滑板或滑板車時是否總是戴安全帽？<br><i>(Child always wears a helmet when riding a bike, skateboard, or scooter?)</i>            | 是<br>(Yes) | 否<br>(No)  | 跳過<br>(Skip) |                  |
| 22 | 您孩子每天都有刷牙和使用牙線嗎？<br><i>(Child is helped to brush and floss teeth daily?)</i>   | 是<br>(Yes) | 否<br>(No)  | 跳過<br>(Skip) | Dental Health    |
| 23 | 您孩子是否有時與抽煙的人在一起？<br><i>(Child spends time with anyone who smokes?)</i>   | 否<br>(No)  | 是<br>(Yes) | 跳過<br>(Skip) | 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？<br><i>(Any other questions or concerns about child's health, development or behavior?)</i> | 否<br>(No)  | 是<br>(Yes) | 跳過<br>(Skip) |                  |

若回答是，請描述：

| <b>Clinic Use Only</b>                     |                          |                          |                          |                          | Comments:  |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| Counseled                                  | Referred                 | Anticipatory Guidance    | Follow-up Ordered        |                          |  |
| <input type="checkbox"/> Nutrition         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <b>Patient Declined the SHA</b> |
| <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"/> |  |
| PCP's Signature                            |                          |                          | Print Name:              |                          | Date:  |
| <b>SHA ANNUAL REVIEW</b>                   |                          |                          |                          |                          |  |
| PCP's Signature                            |                          |                          | Print Name:              |                          | Date:  |