

保持健康評估

(Staying Healthy Assessment)

9-11歲 (9-11 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

只限診所使用：

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？ (Child drinks/eats 3 servings of calcium-rich foods daily?)	是 (Yes)	否 (No)	跳過 (Skip)	
2	您小孩是否每天至少吃兩次蔬菜水果？ (Child eats fruits and vegetables at least two times per day?)	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？ (Child eats high fat foods more than once per week?)	否 (No)	是 (Yes)	跳過 (Skip)	
4	您小孩是否每天喝超過一杯的（8盎司）果汁？ (Child drinks more than one cup of juice per day?)	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？ (Child drinks soda, juice/sports/energy drinks or other sweetened drinks more than once per week?)	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？ (Child exercises or plays sports most days of the week?)	是 (Yes)	否 (No)	跳過 (Skip)	
7	您擔心您小孩的體重嗎？ (Concerned about child's weight?)	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？ (Child watches TV or plays video games less than 2 hours per day?)	是 (Yes)	否 (No)	跳過 (Skip)	
Safety					
9	您家裡有功能正常的煙霧偵測器嗎？ (Home has a working smoke detector?)	是 (Yes)	否 (No)	跳過 (Skip)	
10	您家裡電話旁邊貼著毒物控制中心（800-222-1222）的電話號碼嗎？ (Home has phone # of the Poison Control Center posted by phone?)	是 (Yes)	否 (No)	跳過 (Skip)	
11	您小孩是否總是繫安全帶坐在車後座（或如身高低於4' 9"，使用加高座椅）？ (Child always uses a seat belt in the back seat (or booster seat) if under 4'9"?)	是 (Yes)	否 (No)	跳過 (Skip)	

12	您小孩是否會在游泳池附近、河邊或湖邊待一段時間？ (Child spends time near a swimming pool, river, or lake?)	否 (No)	是 (Yes)	跳過 (Skip)	
13	您小孩會待在有槍枝的家中嗎？ (Child spends time in home where a gun is kept?)	否 (No)	是 (Yes)	跳過 (Skip)	
14	您小孩是否有時與任何攜帶槍、刀或其他武器的人在一起？ (Child spends time with anyone who carries a gun, knife, or other weapon?)	否 (No)	是 (Yes)	跳過 (Skip)	
15	您小孩騎自行車、玩滑板或滑板車時是否總是戴安全帽？ (Child always wears helmet when riding a bike, skateboard, or scooter?)	是 (Yes)	否 (No)	跳過 (Skip)	
16	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？ (Has child ever witnessed or been a victim of abuse or violence?)	否 (No)	是 (Yes)	跳過 (Skip)	
17	您小孩在過去的一年是否被打或打人？ (Has child been hit or has he/she hit someone in the past year?)	否 (No)	是 (Yes)	跳過 (Skip)	
18	您小孩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）？ (Has child ever been bullied, felt unsafe at school/neighborhood or been cyber-bullied?)	否 (No)	是 (Yes)	跳過 (Skip)	
19	您小孩每天都有刷牙和使用牙線嗎？ (Child brushes and flosses teeth daily?)	是 (Yes)	否 (No)	跳過 (Skip)	Dental Health
20	您的小孩是否經常顯得悲傷或沮喪？ (Child often seems sad or depressed?)	否 (No)	是 (Yes)	跳過 (Skip)	Mental Health
21	您小孩是否有時與抽煙的人在一起？ (Child spends time with anyone who smokes?)	否 (No)	是 (Yes)	跳過 (Skip)	Alcohol, Tobacco, Drug Use
22	您小孩是否曾經吸煙或嚼煙？ (Has child ever smoked cigarettes or chewed tobacco?)	否 (No)	是 (Yes)	跳過 (Skip)	
23	您是否擔心您小孩可能用藥或吸食物質，如膠水，以追求快感？ (Concerned that child may be using drugs or sniffing substances to get high?)	否 (No)	是 (Yes)	跳過 (Skip)	
24	您是否擔心您小孩可能飲酒，如啤酒，葡萄酒，水果葡萄酒或烈酒？ (Concerned that child may be drinking alcohol?)	否 (No)	是 (Yes)	跳過 (Skip)	

25	您小孩是否有吸毒或酗酒問題的朋友或家庭成員？ (Child has friends/family members who have problems with drugs or alcohol?)	否 (No)	是 (Yes)	跳過 (Skip)	Sexual Issues
26	您小孩是否開始約會或與女朋友或男朋友「外出」？ (Child started dating or "going out" with boyfriends or girlfriends?)	否 (No)	是 (Yes)	跳過 (Skip)	
27	您覺得您小孩可能已有性行為？ (Think child might be sexually active?)	否 (No)	是 (Yes)	跳過 (Skip)	
28	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？ (Questions or concerns about child's health or behavior?)	否 (No)	是 (Yes)	跳過 (Skip)	

若回答是，請描述：

Clinic Use Only	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"/> Patient Declined the SHA
<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"/> Mental Health	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Alcohol, Tobacco, Drug Use	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Sexual Issues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PCP's Signature:		Print Name:			Date:
SHA ANNUAL REVIEW					
PCP's Signature:		Print Name:			Date:
PCP's Signature:		Print Name:			Date: