

保持健康評估

(Staying Healthy Assessment)

成人 (Adult)

病人姓名 (名和姓)	出生日期	<input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 男	當日日期：
填表人 (如病人需要協助)	<input type="checkbox"/> 家人 <input type="checkbox"/> 朋友 <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

				Clinic Use Only:		
				Nutrition		
1	您有沒有每天喝或吃 3 份高鈣食品，例如牛奶、乳酪、優格乳、豆漿或豆腐？ <i>Drinks or eats 3 servings of calcium-rich foods daily?</i>	是 <i>Yes</i>	否 <i>No</i>	跳過 <i>Skip</i>		
2	您是否每天吃蔬菜水果？ <i>Eats fruits and vegetables every day?</i>	是 <i>Yes</i>	否 <i>No</i>	跳過 <i>Skip</i>		
3	您有沒有節制食用油炸食品或快餐的量？ <i>Limits the amount of fried food or fast food eaten?</i>	是 <i>Yes</i>	否 <i>No</i>	跳過 <i>Skip</i>		
4	您是否能輕易得到足夠的健康食物？ <i>Easily able to get enough healthy food?</i>	是 <i>Yes</i>	否 <i>No</i>	跳過 <i>Skip</i>		
5	您是否每週多日喝蘇打飲料、果汁飲料、運動或能量飲料？ <i>Drinks a soda, juice/sports/energy drink most days of the week?</i>	否 <i>No</i>	是 <i>Yes</i>	跳過 <i>Skip</i>		
6	你經常吃過多或過少的食物嗎？ <i>Often eats too much or too little food?</i>	否 <i>No</i>	是 <i>Yes</i>	跳過 <i>Skip</i>		
7	您擔心您的體重嗎？ <i>Concerned about weight?</i>	否 <i>No</i>	是 <i>Yes</i>	跳過 <i>Skip</i>		
8	您是否每天做半小時的運動或一些如散步、園藝、游泳等的活動？ <i>Exercises or spends time doing moderate activities for at least ½ hour a day?</i>	是 <i>Yes</i>	否 <i>No</i>	跳過 <i>Skip</i>	Physical Activity	
9	您覺得您住的地方安全嗎？ <i>Feels safe where she/he lives?</i>	是 <i>Yes</i>	否 <i>No</i>	跳過 <i>Skip</i>	Safety	
10	您最近有沒有出車禍？ <i>Had any car accidents lately?</i>	否 <i>No</i>	是 <i>Yes</i>	跳過 <i>Skip</i>		
11	在過去一年中您有沒有被打、打耳光、被踢，或被傷害身體？ <i>Been hit, slapped, kicked, or physically hurt by someone in the last year?</i>	否 <i>No</i>	是 <i>Yes</i>	跳過 <i>Skip</i>		

12	您開車或乘車時是否總是繫安全帶？ <i>Always wears a seat belt when driving or riding in a car?</i>	是 <i>Yes</i>	否 <i>No</i>	跳過 <i>Skip</i>	
13	您是否在家裡或住處存放槍枝？ <i>Keeps a gun in house or place where she/he lives?</i>	否 <i>No</i>	是 <i>Yes</i>	跳過 <i>Skip</i>	
14	您每天都有刷牙和使用牙線嗎？ <i>Brushes and flosses teeth daily?</i>	是 <i>Yes</i>	否 <i>No</i>	跳過 <i>Skip</i>	Dental Health
15	你是否經常感到悲傷，絕望，憤怒，或擔心？ <i>Often feels sad, hopeless, angry, or worried?</i>	否 <i>No</i>	是 <i>Yes</i>	跳過 <i>Skip</i>	Mental Health
16	您是否經常有睡眠問題？ <i>Often has trouble sleeping?</i>	否 <i>No</i>	是 <i>Yes</i>	跳過 <i>Skip</i>	
17	你是否抽煙或嚼煙？ <i>Smokes or chews tobacco?</i>	否 <i>No</i>	是 <i>Yes</i>	跳過 <i>Skip</i>	Alcohol, Tobacco, Drug Use
18	是否有朋友或家人在您家或住處抽煙？ <i>Friends/family members smoke in house or place where she/he lives?</i>	否 <i>No</i>	是 <i>Yes</i>	跳過 <i>Skip</i>	
19	在過去幾年中，您是否曾： <input type="checkbox"/> （男性）一天內喝 5 或更多杯酒？ <input type="checkbox"/> （女性）一天內喝 4 或更多杯酒？ <i>In the past year, had (5 for men) or (4 for women) or more alcohol drinks in one day?</i>	否 <i>No</i>	是 <i>Yes</i>	跳過 <i>Skip</i>	
20	您是否使用任何藥物，幫助您睡眠、放鬆、平靜下來、感覺更好或減肥？ <i>Uses any drugs/medicines to help sleep, relax, calm down, feel better, or lose weight?</i>	否 <i>No</i>	是 <i>Yes</i>	跳過 <i>Skip</i>	
21	您是否認為您或您的伴侶可能懷孕了？ <i>Thinks she/he or partner could be pregnant?</i>	否 <i>No</i>	是 <i>Yes</i>	跳過 <i>Skip</i>	Sexual Issues
22	您是否覺得您或您的伴侶可能得了性傳播感染（STI），如衣原體，淋病，生殖器疣等？ <i>Thinks she/he or partner could have an STI?</i>	否 <i>No</i>	是 <i>Yes</i>	跳過 <i>Skip</i>	
23	您或您的伴侶在過去一年中性交時沒有使用避孕方法嗎？ <i>She/he or partner(s) had sex without using birth control in the past year?</i>	否 <i>No</i>	是 <i>Yes</i>	跳過 <i>Skip</i>	

24	您或您的伴侶在過去一年中曾和其他人發生性關係嗎？ <i>She/he or partner(s) had sex with other people in the past year?</i>	否 <i>No</i>	是 <i>Yes</i>	跳過 <i>Skip</i>	
25	您或您的伴侶在過去一年中性交時沒有使用保險套嗎？ <i>She/he or partner(s) had sex without a condom in the past year?</i>	否 <i>No</i>	是 <i>Yes</i>	跳過 <i>Skip</i>	
26	你有沒有曾被強迫或被施加壓力而發生性關係？ <i>Ever been forced or pressured to have sex?</i>	否 <i>No</i>	是 <i>Yes</i>	跳過 <i>Skip</i>	
27	您是否有其他關於您健康上的問題或疑慮？ <i>Any other questions or concerns about health?</i>	否 <i>No</i>	是 <i>Yes</i>	跳過 <i>Skip</i>	

Other Questions

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"/> 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"/>	
					<input type="checkbox"/> Patient Declined the SHA
PCP's Signature:		Print Name:			Date:
SHA ANNUAL REVIEW					
PCP's Signature:		Print Name:			Date:
PCP's Signature:		Print Name:			Date:
PCP's Signature:		Print Name:			Date:
PCP's Signature:		Print Name:			Date: