

# 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

**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? <i>Child drinks/eats 3 servings of calcium-rich foods daily?</i>	是 Yes	否 No	跳過 Skip
2	您小孩是否每天至少吃兩次蔬菜水果? <i>Child eats fruits and vegetables at least two times per day?</i>	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? <i>Child eats high fat foods more than once per week?</i>	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? <i>Child drinks more than one cup of juice per day?</i>	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? <i>Child drinks soda, juice/sports/energy drinks or other sweetened drinks more than once per week?</i>	否 No	是 Yes	跳過 Skip
6	您小孩有沒有每週多日做運動或參加運動項目? <i>Child exercises or plays sports most days of the week?</i>	是 Yes	否 No	跳過 Skip
7	您擔心您小孩的體重嗎? <i>Concerned about child's weight?</i>	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? <i>Child watches TV or plays video games less than 2 hours per day?</i>	是 Yes	否 No	跳過 Skip
9	您家裡有功能正常的煙霧偵測器嗎? <i>Home has a working smoke detector?</i>	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? <i>Home has phone # of the Poison Control Center posted by phone?</i>	是 Yes	否 No	跳過 Skip

Physical Activity

Safety

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）？ <i>Child always uses a seat belt in the back seat (or booster seat) if under 4’9”?</i>	是 <i>Yes</i>	否 <i>No</i>	跳過 <i>Skip</i>	
12	您小孩是否會在游泳池附近、河邊或湖邊待一段時間？ <i>Child spends time near a swimming pool, river, or lake?</i>	否 <i>No</i>	是 <i>Yes</i>	跳過 <i>Skip</i>	
13	您小孩會待在有槍枝的家中嗎？ <i>Child spends time in home where a gun is kept?</i>	否 <i>No</i>	是 <i>Yes</i>	跳過 <i>Skip</i>	
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？ <i>Child spends time with anyone who carries a gun, knife, or other weapon?</i>	否 <i>No</i>	是 <i>Yes</i>	跳過 <i>Skip</i>	
15	您小孩騎自行車、玩滑板或滑板車時是否總是戴安全帽？ <i>Child always wears helmet when riding a bike, skateboard, or scooter?</i>	是 <i>Yes</i>	否 <i>No</i>	跳過 <i>Skip</i>	
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？ <i>Has child ever witnessed or been a victim of abuse or violence?</i>	否 <i>No</i>	是 <i>Yes</i>	跳過 <i>Skip</i>	
17	您小孩在過去的一年是否被打或打人？ <i>Has child been hit or has he/she hit someone in the past year?</i>	否 <i>No</i>	是 <i>Yes</i>	跳過 <i>Skip</i>	
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）？ <i>Has child ever been bullied, felt unsafe at school/neighborhood (or been cyber-bullied)?</i>	否 <i>No</i>	是 <i>Yes</i>	跳過 <i>Skip</i>	
19	您小孩每天都有刷牙和使用牙線嗎？ <i>Child brushes and flosses teeth daily?</i>	是 <i>Yes</i>	否 <i>No</i>	跳過 <i>Skip</i>	Dental Health
20	您的小孩是否經常顯得悲傷或沮喪？ <i>Child often seems sad or depressed?</i>	否 <i>No</i>	是 <i>Yes</i>	跳過 <i>Skip</i>	Mental Health
21	您小孩是否有時與抽煙的人在一起？ <i>Child spends time with anyone who smokes?</i>	否 <i>No</i>	是 <i>Yes</i>	跳過 <i>Skip</i>	Alcohol, Tobacco, Drug Use
22	您小孩是否曾經吸煙或嚼煙？ <i>Has child ever smoked cigarettes or chewed tobacco?</i>	否 <i>No</i>	是 <i>Yes</i>	跳過 <i>Skip</i>	

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

若回答是，請描述：

<b><i>Clinic Use Only</i></b>	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"/> <b>Patient Declined the SHA</b>
PCP's Signature:		Print Name:			Date:
<b>SHA ANNUAL REVIEW</b>					
PCP's Signature:		Print Name:			Date:
PCP's Signature:		Print Name:			Date: