

건강 유지 평가

(Staying Healthy Assessment)

12 - 17 세 (12 - 17 Years)

이름 (이름 & 성)	생년월일	<input type="checkbox"/> 여자 <input type="checkbox"/> 남자	오늘 날짜	학년:
양식을 작성한 사람	<input type="checkbox"/> 부모 <input type="checkbox"/> 친척 <input type="checkbox"/> 친구 <input type="checkbox"/> 후견인 <input type="checkbox"/> 기타 (구체적으로 작성하십시오)			학교 출석 정기적으로 출석합니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오

이 양식에 있는 모든 질문에 최대한 답변해 주십시오. 답을 모르거나 답변하기를 원하지 않는 경우에는 "통과"에 동그라미 하십시오. 이 양식에 있는 사항에 대해 질문이 있는 경우 반드시 의사에게 문의하십시오. 귀하의 답변은 귀하의 의료 기록의 일부로서 보호됩니다.

통역사가 필요하십니까?
 예 아니오

Clinic Use Only:
 Nutrition

1	귀하는 우유, 치즈, 요구르트, 두유 또는 두부와 같은 칼슘이 풍부한 식품을 매일 3 인분을 마시거나 먹습니까? (Drinks/eats 3 servings of calcium-rich foods daily?)	예 (Yes)	아니오 (No)	통과 (Skip)	Nutrition
2	귀하는 과일과 채소를 매일 적어도 2 회 먹습니까? (Eats fruits and vegetables at least 2 times per day?)	예 (Yes)	아니오 (No)	통과 (Skip)	
3	귀하는 튀긴 음식, 칩, 아이스크림 또는 피자과 같은 고지방 음식을 일주일에 1 회보다 더 많이 먹습니까? (Eats high fat foods more than once per week?)	아니오 (No)	예 (Yes)	통과 (Skip)	
4	귀하는 하루에 주스음료, 스포츠음료, 에너지음료 또는 설탕이 들어간 커피음료를 12 oz. (탄산음료 1 캔)보다 많이 마십니까? (Drinks more than 12 oz. per day of juice/sports/energy drink, or sweetened coffee drink?)	아니오 (No)	예 (Yes)	통과 (Skip)	
5	귀하는 일주일 중 대부분의 날에 스포츠 또는 운동을 합니까? (Exercises or plays sports most days of the week?)	예 (Yes)	아니오 (No)	통과 (Skip)	Physical Activity
6	귀하는 자신의 몸무게에 대해 걱정하십니까? (Concerned about weight?)	아니오 (No)	예 (Yes)	통과 (Skip)	
7	귀하는 TV 시청 또는 비디오 게임을 매일 2 시간 미만으로 합니까? (Watches TV or plays video games less than 2 hours per day?)	예 (Yes)	아니오 (No)	통과 (Skip)	
8	귀하의 집에 정상 작동하는 연기 탐지기가 있습니까? (Home has working smoke detector?)	예 (Yes)	아니오 (No)	통과 (Skip)	Safety
9	귀하의 집 전화 옆에 독극물 통제센터 (Poison Control Center) 800-222-1222 번 전화번호를 붙여놓았습니까? (Home has phone # of the Poison Control Center posted by phone?)	예 (Yes)	아니오 (No)	통과 (Skip)	
10	귀하는 차에 탈 때 항상 안전벨트를 합니까? (Always wears a seatbelt when riding in a car?)	예 (Yes)	아니오 (No)	통과 (Skip)	
11	귀하는 총이 보관된 집에서 시간을 보냅니까? (Spends time in a home where a gun is kept?)	아니오 (No)	예 (Yes)	통과 (Skip)	

12	귀하는 총, 칼 또는 다른 무기를 가지고 있는 사람과 시간을 보냅니까? <i>(Spends time with anyone who carries a gun, knife, or other weapon?)</i>	아니오 (No)	예 (Yes)	통과 (Skip)	
13	귀하는 자전거, 스케이트보드 또는 스쿠터를 탈 때 항상 헬멧을 착용합니까? <i>(Always wears helmet when riding a bike, skateboard, or scooter?)</i>	예 (Yes)	아니오 (No)	통과 (Skip)	
14	귀하는 학대 또는 폭력을 목격한 적이 있습니까? <i>(Ever witnessed abuse or violence?)</i>	아니오 (No)	예 (Yes)	통과 (Skip)	
15	귀하는 지난해 누군가에게 맞거나, 손으로 맞거나, 발로 맞거나 또는 육체적으로 해를 입은 적이 있습니까 (또는 누군가에게 해를 입힌 적이 있습니까)? <i>(Been hit, slapped, kicked, or physically hurt by someone (or has he/she hurt someone) in the past year?)</i>	아니오 (No)	예 (Yes)	통과 (Skip)	
16	귀하는 학교 또는 이웃에서 괴롭힘을 당하거나 안전하지 않다고 느낀 적이 있습니까 (또는 인터넷 상에서 괴롭힘을 당한 적이 있습니까)? <i>(Ever been bullied or felt unsafe at school/neighborhood (or been cyber-bullied?)</i>	아니오 (No)	예 (Yes)	통과 (Skip)	
17	귀하는 매일 이를 닦고 치실을 사용합니까? <i>(Brushes and flosses teeth daily?)</i>	예 (Yes)	아니오 (No)	통과 (Skip)	Dental Health
18	귀하는 종종 슬프거나 우울하거나 절망적이라고 느끼니까? <i>(Often feels sad, down, or hopeless?)</i>	아니오 (No)	예 (Yes)	통과 (Skip)	Mental Health
19	귀하는 담배를 피우는 사람과 시간을 보냅니까? <i>(Spends time with anyone who smokes?)</i>	아니오 (No)	예 (Yes)	통과 (Skip)	Alcohol, Tobacco, Drug Use
20	귀하는 담배를 피우거나 씹는 담배를 사용합니까? <i>(Smokes cigarettes or chews tobacco?)</i>	아니오 (No)	예 (Yes)	통과 (Skip)	
21	귀하는 취하기 위해 마리화나, 코카인, 크랙, 메탐페타민 (메스), 엑스타시 등과 같은 물질을 사용 또는 흡입합니까? <i>(Uses or sniffs any substance to get high?)</i>	아니오 (No)	예 (Yes)	통과 (Skip)	
22	귀하는 귀하에게 처방되지 않은 약을 사용합니까? <i>(Uses medicines not prescribed for her/him?)</i>	아니오 (No)	예 (Yes)	통과 (Skip)	
23	귀하는 일주일에 1 회 이상 술을 마십니까? <i>(Drinks alcohol once a week or more?)</i>	아니오 (No)	예 (Yes)	통과 (Skip)	
24	귀하가 술을 마시는 경우 귀하는 취할 만큼 또는 정신을 잃을 만큼 마십니까? <i>(If she/he drinks alcohol, drinks enough to get drunk or pass out?)</i>	아니오 (No)	예 (Yes)	통과 (Skip)	
25	귀하는 마약 또는 알코올 문제가 있는 친구 또는 가족이 있습니까? <i>(Has friends/family members who have problems with drugs or alcohol?)</i>	아니오 (No)	예 (Yes)	통과 (Skip)	

26	귀하는 술을 마신 후에 차를 운전하거나 술을 마셨거나 마약을 사용한 사람이 운전하는 차를 탄 적이 있습니까? <i>(Drives a car after drinking, or rides in a car driven by someone who has been drinking or using drugs?)</i>	아니오 (No)	예 (Yes)	통과 (Skip)	
성과 가족계획에 관한 귀하의 답변은 귀하의 허락 없이는 귀하의 부모를 포함한 누구와도 공유될 수 없습니다.					
27	귀하는 성관계를 하도록 강요당하거나 압력을 받은 적이 있습니까? <i>(Ever been forced or pressured to have sex?)</i>	아니오 (No)	예 (Yes)	통과 (Skip)	Sexual Issues
28	귀하는 성관계를 한 적이 있습니까 (구강, 질 또는 항문)? 아니오라고 답변한 경우 35 번 질문으로 가십시오. <i>(Ever had sex (oral, vaginal, or anal)?)</i>	아니오 (No)	예 (Yes)	통과 (Skip)	
29	귀하 또는 귀하의 파트너가 클라미디아, 임질, 생식기 혹은 등과 같은 성병 (STI)에 걸렸을 수 있다고 생각하십니까? <i>(Thinks she/he or partner could have a STI?)</i>	아니오 (No)	예 (Yes)	통과 (Skip)	
30	귀하 또는 귀하의 파트너(들)은 지난해 다른 사람들과 성관계를 가진 적이 있습니까? <i>(She/he or partner(s) had sex with other people in the past year?)</i>	아니오 (No)	예 (Yes)	통과 (Skip)	
31	귀하 또는 귀하의 파트너(들)은 작년에 피임도구를 사용하지 않고 성관계를 가진 적이 있습니까? <i>(She/he or partner(s) had sex without using birth control in the past year?)</i>	아니오 (No)	예 (Yes)	통과 (Skip)	
32	귀하가 마지막으로 성관계를 했을 때 피임도구를 사용했습니까? <i>(Used birth control the last time she/he had sex?)</i>	예 (Yes)	아니오 (No)	통과 (Skip)	
33	귀하 또는 귀하의 파트너(들)은 지난해 콘돔 없이 성관계를 가진 적이 있습니까? <i>(She/he or partner(s) had sex without a condom in the past year?)</i>	아니오 (No)	예 (Yes)	통과 (Skip)	
34	귀하가 마지막으로 성관계를 했을 때 귀하 또는 귀하의 파트너는 콘돔을 사용했습니까? <i>(She/he or partner used a condom the last time they had sex?)</i>	예 (Yes)	아니오 (No)	통과 (Skip)	
35	귀하는 본인의 성적 취향(귀하가 매력을 느끼는 대상) 또는 성적 정체성(소년, 소녀 또는 다른 성별로서 귀하가 어떻게 느끼는지 여부)에 대해 질문이 있습니까? <i>(Any questions about sexual orientation or gender identity?)</i>	아니오 (No)	예 (Yes)	통과 (Skip)	
36	귀하는 자신의 건강에 대해 다른 질문 또는 걱정이 있습니까? <i>(Any other questions or concerns about health?)</i>	예 (Yes)	아니오 (No)	통과 (Skip)	

예라고 답한 경우 자세히 작성하십시오.

<i>Clinic Use Only</i>	Counseled	Referred	Anticipatory Guidance	Follow-up Ordered	Comments:
<input type="checkbox"/> Nutrition <input type="checkbox"/> Physical activity <input type="checkbox"/> Safety <input type="checkbox"/> Dental Health <input type="checkbox"/> Mental Health <input type="checkbox"/> Alcohol, Tobacco, Drug Use <input type="checkbox"/> Sexual Issues	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <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:
PCP's Signature:		Print Name:			Date:
PCP's Signature:		Print Name:			Date: