

# 保持健康評估

(Staying Healthy Assessment)

## 3-4歲 (3 – 4 Years)

孩童姓名 (名和姓)	出生日期	<input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 男	當日日期：	在托兒所嗎? <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 <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? <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 2 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小杯的(4-6盎司)果汁? <i>Child drinks more than one small 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/能量飲料或其他添加糖份飲料? <i>Child drinks soda, juice drinks, sports drinks, 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活躍地玩? <i>Child plays actively 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	您有沒有將水溫調到低溫(低於120度)? <i>Water temperature turned down to low-warm?</i>	是 Yes	否 No	跳過 Skip
11	如您家是樓房，您有在窗戶和樓梯入口裝置安全防護嗎? <i>Safety guards on windows and gates for stairs in multi-level home?</i>	是 Yes	否 No	跳過 Skip
12	您有將家裡的清潔用品、藥物和火柴鎖起來嗎? <i>Cleaning supplies, medicines, and matches locked away?</i>	是 Yes	否 No	跳過 Skip
13	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

14	您小孩洗盆浴時您是否一直在她/他身邊 <i>Always stays with child when in the bathtub?</i>	是 <i>Yes</i>	否 <i>No</i>	跳過 <i>Skip</i>	
15	您是否總是將小孩放置在車後座前向的安全座椅上？ <i>Always places child in a forward facing car seat in the back seat?</i>	是 <i>Yes</i>	否 <i>No</i>	跳過 <i>Skip</i>	
16	您所使用的安全座椅是否適用於您小孩的年齡和大小？ <i>Car seat used is correct size for age and size of child?</i>	是 <i>Yes</i>	否 <i>No</i>	跳過 <i>Skip</i>	
17	在倒車前您是否總是先檢查您的小孩？ <i>Always checks for children before backing car out?</i>	是 <i>Yes</i>	否 <i>No</i>	跳過 <i>Skip</i>	
18	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>	
19	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>	
20	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 a helmet when riding a bike, skateboard, or scooter?</i>	是 <i>Yes</i>	否 <i>No</i>	跳過 <i>Skip</i>	
21	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>Child ever witnessed or been victim of abuse or violence?</i>	否 <i>No</i>	是 <i>Yes</i>	跳過 <i>Skip</i>	
22	您小孩每天都有刷牙和使用牙線嗎？ <i>Child is helped to brush and floss teeth daily?</i>	是 <i>Yes</i>	否 <i>No</i>	跳過 <i>Skip</i>	Dental Health
23	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>	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？ <i>Any other 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>Clinic Use Only</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"/> Tobacco Exposure	<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: