保持健康評估

(Staying Healthy Assessment)

12-17歲 *(12 – 17 Years)*

姓名（名和姓）	出生日期	☐女 ☐男	當日日期	學校年級
填表人	☐父母 ☐親屬 ☐朋友 ☐監護人 ☐其他（請註明）			學校出席正常？☐是 ☐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:
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？ *Drinks/eats 3 servings of calcium-rich foods daily?*	是 *Yes*	否 *No*	跳過 *Skip*	Nutrition
2	您是否每天至少吃兩次蔬菜水果？ *Eats fruits and vegetables at least 2 times per day?*	是 *Yes*	否 *No*	跳過 *Skip*	
3	您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？ *Eats high fat foods more than once per week?*	否 *No*	是 *Yes*	跳過 *Skip*	
4	您是否每天喝超過12盎斯（1蘇打飲料罐）的果汁飲料、運動飲料、能量飲料或加糖咖啡飲料？ *Drinks more than 12 oz. per day of juice/sports/energy drink, or sweetened coffee drink?*	否 *No*	是 *Yes*	跳過 *Skip*	
5	您有沒有每週多日做運動或參加運動項目？ *Exercises or plays sports most days of the week?*	是 *Yes*	否 *No*	跳過 *Skip*	Physical Activity
6	您擔心您的體重嗎？ *Concerned about weight?*	否 *No*	是 *Yes*	跳過 *Skip*	
7	您是否每天看少於2小時的電視或玩電動遊戲？ *Watches TV or plays video games less than 2 hours per day?*	是 *Yes*	否 *No*	跳過 *Skip*	
8	您家裡有功能正常的煙霧偵測器嗎？ *Home has working smoke detector?*	是 *Yes*	否 *No*	跳過 *Skip*	Safety
9	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*	
10	您是否乘車時總是繫安全帶？ *Always wears a seat belt when riding in a car?*	是 *Yes*	否 *No*	跳過 *Skip*	
11	您會待在有槍枝的家中嗎？ *Spends time in a home where a gun is kept?*	否 *No*	是 *Yes*	跳過 *Skip*	
12	您是否有時與任何攜帶槍、刀或其他武器的人在一起？ *Spends time with anyone who carries a gun, knife, or other weapon?*	否 *No*	是 *Yes*	跳過 *Skip*	

13	您騎自行車、玩滑板或滑板車時是否總是戴安全帽？ *Always wears a helmet when riding a bike, skateboard, or scooter?*	是 *Yes*	否 *No*	跳過 *Skip*	
14	你有沒有親眼目睹過虐待或暴力？ *Ever witnessed abuse or violence?*	否 *No*	是 *Yes*	跳過 *Skip*	
15	在過去一年中您有沒有被打、打耳光、被踢，或被傷害身體（或您傷害別人）？ *Been hit, slapped, kicked, or physically hurt by someone (or has he/she hurt someone) in the past year?*	否 *No*	是 *Yes*	跳過 *Skip*	
16	您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）？ *Ever been bullied or felt unsafe at school/neighborhood (or been cyber-bullied)?*	否 *No*	是 *Yes*	跳過 *Skip*	
17	您每天都有刷牙和使用牙線嗎？ *Brushes and flosses teeth daily?*	是 *Yes*	否 *No*	跳過 *Skip*	Dental Health
18	你是否經常感到傷心，沮喪，或絕望？ *Often feels sad, down, or hopeless?*	否 *No*	是 *Yes*	跳過 *Skip*	Mental Health
19	您是否有時與抽煙的人在一起？ *Spends time with anyone who smokes?*	否 *No*	是 *Yes*	跳過 *Skip*	Alcohol, Tobacco, Drug Use
20	你是否抽煙或嚼煙？ *Smokes cigarettes or chews tobacco?*	否 *No*	是 *Yes*	跳過 *Skip*	
21	您是否用藥或吸食物質以追求快感，例如大麻、古柯鹼、快克、安非他命、迷幻藥等？ *Uses or sniffs any substance to get high?*	否 *No*	是 *Yes*	跳過 *Skip*	
22	您是否服用不是開給您的處方藥？ *Uses medicines not prescribed for her/him?*	否 *No*	是 *Yes*	跳過 *Skip*	
23	您是否每週喝一次或更多次酒？ *Drinks alcohol once a week or more?*	否 *No*	是 *Yes*	跳過 *Skip*	
24	如果您喝酒，您是否會喝到醉或失去知覺？ *If she/he drinks alcohol, drinks enough to get drunk or pass out?*	否 *No*	是 *Yes*	跳過 *Skip*	
25	您是否有吸毒或酗酒問題的朋友或家庭成員？ *Has friends/family members who have problems with drugs or alcohol?*	否 *No*	是 *Yes*	跳過 *Skip*	
26	您是否酒後駕車，或乘坐由酒醉或用藥的人開的車？ *Drives a car after drinking, or rides in a car driven by someone who has been drinking or using drugs?*	否 *No*	是 *Yes*	跳過 *Skip*	
	關於您對性與計劃生育的回答，如無您的許可不會提供給任何人，包括您父母。				
27	你有沒有曾被強迫或被施加壓力而發生性關係？ *Ever been forced or pressured to have sex?*	否 *No*	是 *Yes*	跳過 *Skip*	Sexual Issues
28	您曾有過性交（口交、陰道或肛門）？ *Ever had sex (oral, vaginal, or anal)?*	否 *No*	是 *Yes*	跳過 *Skip*	
29	你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？ *Thinks she/he or partner could have a STI?*	否 *No*	是 *Yes*	跳過 *Skip*	

#	Question				
30	您或您的伴侶在過去一年中曾和其他人發生性關係嗎？ *She/he or partner(s) had sex with other people in the past year?*	否 *No*	是 *Yes*	跳過 *Skip*	
31	您或您的伴侶在過去一年中性交時沒有使用避孕方法嗎? *She/he or partner(s) had sex without using birth control in the past year?*	否 *No*	是 *Yes*	跳過 *Skip*	
32	您最後一次性交時，有沒有使用避孕方法？ *Used birth control the last time she/he had sex?*	是 *Yes*	否 *No*	跳過 *Skip*	
33	您或您的伴侶在過去一年中性交時沒有使用保險套嗎？ *She/he or partner(s) had sex without a condom in the past year?*	否 *No*	是 *Yes*	跳過 *Skip*	
34	您或您的伴侶最後一次性交時，有沒有使用保險套？ *She/he or partner used a condom the last time they had sex?*	是 *Yes*	否 *No*	跳過 *Skip*	
35	您是否對您的性傾向（您對誰有興趣）或性別認同（對於做為男生、女生或別的性別的感覺）有任何疑問？ *Any questions about sexual orientation or gender identity?*	否 *No*	是 *Yes*	跳過 *Skip*	
36	您是否有任何其他關於您健康上的問題或疑慮？ *Any other questions or concerns about health?*	否 *No*	是 *Yes*	跳過 *Skip*	Other Questions

若回答是，請描述：

Clinic Use Only	Counseled	Referred	Anticipatory Guidance	Follow-up Ordered	Comments:
☐ Nutrition	☐	☐	☐	☐	
☐ Physical activity	☐	☐	☐	☐	
☐ Safety	☐	☐	☐	☐	
☐ Dental Health	☐	☐	☐	☐	
☐ Mental Health	☐	☐	☐	☐	
☐ Alcohol, Tobacco, Drug Use	☐	☐	☐	☐	
☐ Sexual Issues	☐	☐	☐	☐	☐ **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: