

건강 유지 평가

(Staying Healthy Assessment)

0 - 6 개월 (0 - 6 Months)

| | | | | |
|-----------------|------|--|-------|--|
| 어린이 이름 (이름 & 성) | 생년월일 | <input type="checkbox"/> 여자 <input type="checkbox"/> 남자 | 오늘 날짜 | 탁아소/데이케어에 다닙니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 |
| 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) | | 양식 작성에 도움이 필요하십니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 |

이 양식에 있는 모든 질문에 최대한 답변해주십시오. 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:

| | | | | | |
|---|--|-------------|-------------|--------------|-------------------|
| 1 | 귀하의 아기에게 모유수유를 하십니까? (Breastfeed baby?) | 예 (Yes) | 아니오 (No) | 통과 (Skip) | Nutrition |
| 2 | 귀하의 아기의 몸무게에 대해 걱정하십니까? (Concerned about baby's weight?) | 아니오 (No) | 예 (Yes) | 통과 (Skip) | Physical Activity |
| 3 | 귀하의 아기가 TV 를 보니까? (Baby watches any TV?) | 아니오 (No) | 예 (Yes) | 통과 (Skip) | Physical Activity |
| 4 | 귀하의 집에 정상 작동하는 연기 탐지기가 있습니까? (Home has working smoke detector?) | 예 (Yes) | 아니오 (No) | 통과 (Skip) | Safety |
| 5 | 귀하의 온수 온도를 미지근한 온도 (120 도 미만)으로 맞춰놓았습니까? (Water temperature turned down to low-warm?) | 예 (Yes) | 아니오 (No) | 통과 (Skip) | Safety |
| 6 | 귀하의 집이 1 층보다 높은 경우 창문과 계단 입구에 안전망을 설치했습니까? (Safety guards on window and gates for stairs in multi-level home?) | 예 (Yes) | 아니오 (No) | 통과 (Skip) | Safety |
| 7 | 귀하의 집에 청소 용품, 약품 및 성냥은 잠금 장치가 있는 안전한 장소에 보관되어 있습니까? (Cleaning supplies, medicines and matches locked away?) | 예 (Yes) | 아니오 (No) | 통과 (Skip) | Safety |
| 8 | 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) | Safety |
| 9 | 귀하의 아기를 항상 바로 눕혀서 재웁니까? (Always puts baby to sleep on her/his back?) | 예 (Yes) | 아니오 (No) | 통과 (Skip) | Safety |

| | | | | | |
|----|---|-------------|-------------|--------------|------------------|
| 10 | 귀하의 아기가 욕조에 있을 때 항상 옆에 있습니까? <i>(Always stays with baby in the bathtub?)</i> | 예 (Yes) | 아니오 (No) | 통과 (Skip) | |
| 11 | 귀하의 아기를 항상 차량 뒷좌석에 뒷면을 향하도록 설치한 카시트에 앉습니까? <i>(Always places baby in a rear facing car seat in the back seat?)</i> | 예 (Yes) | 아니오 (No) | 통과 (Skip) | |
| 12 | 귀하가 사용하는 카시트는 귀하의 아기의 연령과 사이즈에 맞는 제품입니까? <i>(Car seat used is correct size for age and size of baby?)</i> | 예 (Yes) | 아니오 (No) | 통과 (Skip) | |
| 13 | 귀하의 아기는 총이 보관된 집에서 시간을 보냅니까? <i>(Baby spends time in home where a gun is kept?)</i> | 아니오 (No) | 예 (Yes) | 통과 (Skip) | |
| 14 | 분유, 모유 또는 물이 아닌 모든 음식물을 젖병에 담아 아기에게 줍니까? <i>(Gives baby a bottle with anything in it except formula, breast milk, or water?)</i> | 아니오 (No) | 예 (Yes) | 통과 (Skip) | Dental Health |
| 15 | 귀하의 아기는 담배를 피우는 사람과 시간을 보냅니까? <i>(Baby spends time with anyone who smokes?)</i> | 아니오 (No) | 예 (Yes) | 통과 (Skip) | Tobacco Exposure |
| 16 | 귀하는 귀하의 아기의 건강, 발달 또는 행동에 대해 다른 질문이 있거나 걱정이 있습니까? <i>(Any other questions or concerns about baby's health, development or behavior?)</i> | 아니오 (No) | 예 (Yes) | 통과 (Skip) | |

예라고 답한 경우 자세히 작성하십시오.

| 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"/> Tobacco Exposure | <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: |