

# 保持健康評估

(Staying Healthy Assessment)

0 到 6 個月 (0 – 6 Months)

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	您用母乳哺育您的寶寶嗎? <i>Breastfeeds baby?</i>	是 <i>Yes</i>	否 <i>No</i>	跳過 <i>Skip</i>
2	您擔心寶寶的體重嗎? <i>Concerned about baby's weight?</i>	否 <i>No</i>	是 <i>Yes</i>	跳過 <i>Skip</i>
3	您的寶寶看電視嗎? <i>Baby watches any TV?</i>	否 <i>No</i>	是 <i>Yes</i>	跳過 <i>Skip</i>
4	您家裡有功能正常的煙霧偵測器嗎? <i>Home has working smoke detector?</i>	是 <i>Yes</i>	否 <i>No</i>	跳過 <i>Skip</i>
5	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 <i>Yes</i>	否 <i>No</i>	跳過 <i>Skip</i>
6	如您家是樓房，您有在窗戶和樓梯入口裝置安全防護? <i>Safety guards on window and gates for stairs in multi-level home?</i>	是 <i>Yes</i>	否 <i>No</i>	跳過 <i>Skip</i>
7	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 <i>Yes</i>	否 <i>No</i>	跳過 <i>Skip</i>
8	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 <i>Yes</i>	否 <i>No</i>	跳過 <i>Skip</i>
9	您是否總是讓寶寶仰躺著睡覺? <i>Always puts baby to sleep on her/his back?</i>	是 <i>Yes</i>	否 <i>No</i>	跳過 <i>Skip</i>
10	寶寶洗盆浴時您是否一直在她/他身邊? <i>Always stays with baby in the bathtub?</i>	是 <i>Yes</i>	否 <i>No</i>	跳過 <i>Skip</i>

11	您是否總是將寶寶放置在車後座後向的安全座椅上？ <i>Always places baby in a rear facing car seat in the back seat?</i>	是 <i>Yes</i>	否 <i>No</i>	跳過 <i>Skip</i>	
12	您所使用的安全座椅是否適用於您寶寶的年齡和大小？ <i>Car seat used is correct size for age and size of baby?</i>	是 <i>Yes</i>	否 <i>No</i>	跳過 <i>Skip</i>	
13	您寶寶會待在有槍枝的家中嗎？ <i>Baby spends time in home where a gun is kept?</i>	否 <i>No</i>	是 <i>Yes</i>	跳過 <i>Skip</i>	
14	您是否在奶瓶中放嬰兒奶、母乳或水以外的東西餵給您寶寶喝？ <i>Gives baby a bottle with anything in it except formula, breast milk, or water?</i>	否 <i>No</i>	是 <i>Yes</i>	跳過 <i>Skip</i>	Dental Health
15	您寶寶是否有時與抽煙的人在一起？ <i>Baby spends time with anyone who smokes?</i>	否 <i>No</i>	是 <i>Yes</i>	跳過 <i>Skip</i>	Tobacco Exposure
16	您是否有任何其他關於您寶寶健康、發育或行為上的問題或疑慮？ <i>Any other questions or concerns about baby's health, development 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"/> 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: