

綜合性首次產前評估
(Combined Initial Perinatal Assessment)
心理與社會
(Psychosocial)

孕婦識別要素
(Patient Identifier)

1. 妊娠資訊

(Pregnancy Information)

出生日期_____ 年齡_____

(DOB) (Age)

若是青少年，自月經初潮以來的年數_____ 不適用
(If teen, years since menarche) (N/A)

預產期_____ 懷孕週數_____

(EDC) (Wks. Gestation)

近似受孕日期_____

(Approximate conception date)

懷孕次數_____ 分娩次數_____

(Grav) (Para)

選擇性墮胎_____ 自然流產_____

(TAB) (SAB)

最後一次懷孕終止日期_____ 不適用

(Date last pregnancy ended) (N/A)

2. 以前懷孕是否曾出現問題? 否

(Problems with previous pregnancies?) (No)

是，請說明:

(Yes, describe)

3. 目前有醫療問題嗎? 否

(Current medical problems?) (No)

是，請說明:

(Yes, describe)

4. 是有計劃的懷孕嗎? 是

(Planned pregnancy?) (Yes)

否，請說明:

(No, describe)

5. 希望懷孕嗎? 是

(Wanted pregnancy?) (Yes)

否，請說明:

(No, describe)

考慮墮胎/領養嗎? 否

(Considering abortion/adoption?) (No)

是，請說明:

(Yes, describe)

6. 以前出現過懷孕失敗/嬰兒死亡嗎? 否

(Previous pregnancy loss/infant death?) (No)

是，請說明:

(Yes, describe)

7. 嬰兒父親/伴侶接受這次懷孕嗎? 是

(FOB/partner accepts pregnancy?) (Yes)

否，請說明:

(No, describe)

家庭/支援系統

(Family/Support System)

8. 家庭成員 (不包括孕婦本人)

(Members of household (not including patient))

成年人人數: _____

(number of adults)

與孕婦的關係:

(relationship to patient)

兒童人數: _____

(number of children)

與孕婦的關係:

(relationship to patient)

9. 孕婦的所有子女都與孕婦住在一起嗎? 不適用 是

(Patient's children all live with her?) (N/A) (Yes)

否，請說明:

(No, describe)

10. 孕婦請求下列人員給予情感支援:

(Patient turns to for emotional support)

嬰兒父親/伴侶

(FOB/partner)

家庭成員: _____

(family member)

朋友: _____

(friend)

其他人: _____

(other)

沒有人，請說明:

(no one, describe)

11. 目前存在家庭問題/精神壓力因素嗎? 否

(Current family problems/stressors?) (No)

是，請說明:

(Yes, describe)

12. 目前與任何社會服務機構聯絡嗎? 否

(Current contact with any social service agencies?) (No)

是，請說明:

(Yes, describe)

情感問題

(Emotional Concerns)

13. 是否曾經因情感問題接受心理諮詢? 否

(Ever seen a counselor for emotional problems?) (No)

是，請說明:

(Yes, describe)

綜合性首次產前評估

(Combined Initial Perinatal Assessment)

心理與社會 (續)

(Psychosocial) (cont.)

孕婦識別要素

(Patient Identifier)

14. 是否曾經因情感問題服用醫生處方藥物? (Ever been prescribed drugs for emotional problems?) 否 (No) 是, 請說明: (Yes, describe)

15. 是否曾經因精神問題住院治療? (Ever been hospitalized for psychiatric problems?) 否 (No) 是, 請說明: (Yes, describe)

家庭暴力

(Domestic Violence)

16. 是否曾經在精神、身體或性方面受到您的伴侶或與您親近的人的虐待? (Ever emotionally, physically, or sexually abused by a partner or someone close to you?) 否 (No) 是, 請說明: (Yes, describe)

17. 在過去一年內是否曾經被拳擊、摑掌、腳踢、推搡、強迫進行性交或以其他方式在身體上受到伴侶或前伴侶的傷害? (Within the last year ever been hit, slapped, kicked, pushed, shoved, forced to have sex or otherwise physically hurt by partner or ex-partner?) 否 (No) 是, 請說明: (Yes, describe)

18. 害怕伴侶或前伴侶嗎? (Afraid of partner or ex-partner?) 否 (No) 是, 請說明: (Yes, describe)

19. 孕婦的子女曾經是暴力的受害者或曾經目睹家中或社區中的暴力嗎? (Patient's children ever been victims of violence or witnessed violence in the home or community?) 不適用 (N/A) 否 (No) 是, 請說明: (Yes, describe)

20. 家中有槍枝或其他武器嗎? (Guns or other weapons in the home?) 否 (No) 是, 請說明: (Yes, describe)

職業/經濟狀況

(Employment/Finances)

21. 經濟支援來源: (Source of financial support) 本人, 工作類型: (self, type of work) 嬰兒父親/伴侶, 工作類型: (FOB/partner, type of work) 家庭成員: (family member) 朋友: (friend) 加州就業輔助計劃 (CalWORKS) 一般協助計劃 (GA) 其他: (other) 問題: (problems)

住宅

(Housing)

22. 住宅類型: (Type of housing) 公寓 (apartment) 旅館/汽車旅館 (hotel/motel) 住宅 (house) 其他: (other) 問題: (problems)

23. 本次懷孕的目的: (Goals for this pregnancy) 健康的嬰兒 (healthy baby) 其他: (other)

綜合性首次產前評估
(Combined Initial Perinatal Assessment)
健康教育
(Health Education)

孕婦識別要素
(Patient Identifier)

- 已參加入門指南學習，每次學習： _____分鐘
(Orientation completed, per protocol) (Minutes)
24. 英語： 差 一般 好
(English language) (Poor) (Fair) (Good)
說
(speaking)
讀/寫 無閱讀能力
(writing/reading) (non-reader)
25. 其他語言： _____
(Other language) 差 一般 好
(Poor) (Fair) (Good)
說
(speaking)
讀/寫 無閱讀能力
(writing/reading) (non-reader)
26. 喜愛用以下方式學習：
(Likes to learn by)
 閱讀/分發材料 課堂聽課/小組
(reading/handouts) (classes/groups)
 個人輔導 錄影帶
(individual teaching) (videos)
 其他：
(other)
27. 最後完成的學業年級： _____ 12年級或以上
(Last grade completed) (12th or over)
28. 是否存在任何影響學習能力的精神、情感 否
或身體（聽力、視力或學習）障礙？ (No)
(Any mental, emotional, or physical (hearing, vision, or
learning) disabilities that affect ability to learn?)
 是，請說明：
(Yes, describe)
29. 出生地： _____ 美國出生
(Birthplace) (US born)
 如果不在美國出生，在美國居住的時間： _____月/年
(If not US born, length of time living in US:) (months/years)
30. 是否曾經使用美國的醫療護理服務？ 是
(Ever used health care services in U.S.?) (Yes)
 否，請說明：
(No, comments)

31. 在過去12個月中是否接受牙科檢查？ 是
(Dental check-up within past 12 months?) (Yes)
 否，請說明：
(No, comments)
32. 前往診所的交通方式： 公共汽車 私人用車 步行
(Transportation to clinic) (bus) (car) (walk)
 出租車 其他：
(taxi) (other)
 問題：
(problems)
33. 開車時始終繫安全帶嗎？ 是
(Always use a seatbelt?) (Yes)
 否，請解釋：
(No, explain)
34. 以前在以下方面的知識/經驗：
(Previous knowledge/experience with)
懷孕 否 是
(pregnancy) (No) (Yes)
產前護理 否 是
(prenatal care)
分娩/產後自我護理 否 是
(delivery/postpartum self-care)
嬰兒護理與安全 否 是
(infant care and safety)
35. 是否有人支持/參加健康教育？ 是
(Person to support/participate in health education?) (Yes)
 否，請說明：
(No, comments)
36. 誰提供懷孕方面的建議？
(Who gives advice about being pregnant?)
 母親 婆婆 女性朋友 _____
(mother) (mother-in-law) (female friend)
 伴侶 祖母/外祖母 其他人 _____
(partner) (grandmother) (other)
37. 他們向您提出的最重要的建議是什麼？
(What are the most important things they have advised?)
38. 使用任何家庭治療方法嗎？ 否
(Use any home remedies?) (No)
 是，哪些方法/用於什麼目的：
(Yes, which ones/what purpose)

綜合性首次產前評估
(Combined Initial Perinatal Assessment)
健康教育 (續)
(Health Education) (cont.)

孕婦識別要素
(Patient Identifier)

39. 在工作場所或家中接觸化學品或其他危險物品（化學品、油漆、上光劑、殺虫劑、鉛、貓、未烹調的食品、生魚、熱水浴、灌洗、X光射線）？
(Exposed to chemicals or other dangers at work or home (chemicals, paints, polishes, pesticides, lead, cats, raw food, raw fish, hot baths, douching, x-rays)?)
 是，請說明：
(Yes, describe) 否 (No)
40. 向您提供愛滋病病毒（HIV）測試？每次學習向您提供資訊？
(Offered HIV test, provided information per protocol?)
 否，請說明：
(No, comments) 是 (Yes)
41. 您的父母任何一方是否有吸毒或酗酒的問題？
(Did either of your parents have any problem with drugs or alcohol?)
 是，請說明：
(Yes, describe) 否 (No)
42. 您的伴侶是否有吸毒或酗酒的問題？
(Does your partner have any problem with drugs or alcohol?)
 是，請說明：
(Yes, describe) 否 (No)
43. 您是否曾經飲用啤酒/葡萄酒/烈酒而醉酒？
(Have you ever drunk beer/wine/liquor?)
 是
(Yes) 否 (No)
44. 在您發現自己懷孕的前一個月，您飲用了多少啤酒/葡萄酒/烈酒？
(In the month before you knew you were pregnant, how much beer/wine/liquor did you drink?)
酒類：
(Type(s)) 無 (None)
- 曾經飲用 _____ 每日/每週/每月
(was drinking _____ per day/week/month)
- 目前飲用 _____ 每日/每週/每月
(currently drinking _____ per day/week/month)

45. 在您發現自己懷孕的前一個月，您抽了多少枝煙？
(In the month before you knew you were pregnant, how many cigarettes did you smoke?) 無 (None)
- 曾經抽 _____ 每日/每週
(was smoking) (per day/week)
- 目前抽 _____ 每日/每週
(currently smoking) (per day/week)
46. 在家中/其他場所是否接觸二手煙？
(Exposed to 2nd hand smoke at home/elsewhere?) 否 (No)
- 是，請說明：
(Yes, describe)
47. 在您發現自己懷孕的前一個月，您是否會服用「街頭」毒品？
(In the month before you knew you were pregnant, used "street" drugs?) 無 (None)
- 毒品類型：
(Type(s))
- 曾經服用 _____ 每日/每週/每月
(was using) (per day/week/month)
- 目前服用 _____ 每日/每週/每月
(currently using) (per day/week/month)

綜合性首次產前評估
(Combined Initial Perinatal Assessment)
營養
(Nutrition)

孕婦識別要素
(Patient Identifier)

48. 已完成食品回顧/頻率
(Food recall/frequency completed) 是 (Yes)
49. 每天通常進食幾次?
(Number of times per day usually eats?)
1 2 3 4 5 6 7 更多次 (more often)
50. 每日飲料飲用量 (杯/罐) :
(Daily liquid intake (# of cups/glasses/cans))
水 _____ 果汁 _____ 牛奶 _____
(water) (juice) (milk)
不含咖啡因的咖啡/茶 _____
(decaffeinated coffee/tea)
普通咖啡/茶 _____
(regular coffee/ tea)
普通汽水/混合飲料 _____ 不含咖啡因的汽水 _____
(regular soda/punch) (decaf soda)
杯/罐總數: _____
(Total # of cups/glasses/cans)
其中含咖啡因的數量: _____
(Of these, # that are caffeinated)
51. 對食品過敏嗎?
(Allergic to foods?) 否 (No)
 是, 請說明:
(Yes, describe)
52. 不食用的食品或食品類別?
(例如, 奶製品、肉類等)
(Any foods or food groups avoided? (such as dairy, meat, etc.)) (No)
 是, 請列出食品並說明原因:
(Yes, list which foods and note reason)
53. 嗜食食品或非食品類? (例如, 冰塊、灰泥、
玉米澱粉、泥土、黏土、漿衣漿糊等非食品類)
(Food or non-food cravings? (examples of non-foods are
ice, plaster, cornstarch, dirt, clay, laundry starch)) (No)
 是, 請說明:
(Yes, describe)
54. 目前感到任何不適?
(Current discomforts?) 否 (No)
 噁心 嘔吐 便秘
(nausea) (vomiting) (constipation)
 浮腫 腹瀉 反胃
(edema) (diarrhea) (heartburn)
 其他, 請說明:
(other, describe)

55. 與營養相關的醫療症狀? (例如, 慢性病) 否 (No)
(Nutrition-related medical conditions (such as chronic illness?))
 是, 請說明:
(Yes, describe)
56. 營養不良狀況的臨床症狀?
(Clinical observations of poor nutritional status?) 否 (No)
 是, 請說明: (例如, 牙齒生長不良或口腔痛)
(Yes, describe (such as poor teeth or mouth sores))
57. 哺乳的知識或經驗?
(Knowledge or experience with breastfeeding?)
 聽課 觀察朋友/家人
(took class) (observed friends/family)
 個人經驗? 請圈選以下項目並說明:
(personal experience? Circle and comment)
負面 (negative) 無 (none) 正面 (positive)
58. 計劃哺乳?
(Plan to breastfeed?)
 否 與配方奶一起喂養 不確定 是
(No) (combine with formula) (not sure) (Yes)
59. 目前在服用產前維他命嗎?
(Currently taking prenatal vitamins?) 是 (Yes)
 否, 請說明:
(No, comments)
 否, 需要醫生處方:
(No, needs prescription)
60. 目前在服用 (如果回答「是」, 說明服用的
類型、數量、頻率): 無 (None)
(Currently taking (if yes: type, amount, frequency))
 維他命、礦物質 (除產前維他命外):
(vitamins, minerals (in addition to prenatal vitamins))
 葉酸 (folic acid)
 鐵 (iron)
 鈣 (calcium)
 其他: (other)
 自然調理、草藥茶:
(natural remedies, herbal teas)
 緩瀉藥、抗酸藥:
(laxatives, antacids)
 非醫生處方藥物 (咳嗽糖漿、阿司匹林等):
(over-the-counter medicine (cough syrup, aspirin, etc.))
 醫生處方藥物:
(prescription medications)
 其他: (other)

綜合性首次產前評估

(Combined Initial Perinatal Assessment)

營養 (續)

(Nutrition) (cont.)

孕婦識別要素
(Patient Identifier)

61. 是否曾經出現過食品短缺的現象? 否
(Ever run out of food?) (No)

是, 請說明:
(Yes, describe)

62. 正在接受任何經濟/其他幫助以便購買食品? 否
(Receiving any financial/other help to get food?) (No)

WIC, 地址: _____
(WIC, site)

食品券 急救食品
(food stamps) (emergency food)

SHARE 其他:
(SHARE) (other)

63. 是否有可供使用的廚房? 是
(Have access to a working kitchen?) (Yes)

否。烹調食品的方法? 請說明:
(No. Way to cook food? Comment)

否。用冰箱儲存食品? 請說明:
(No. Refrigerator to store food? Comment)

64. 每週至少運動三次?
(Exercising at least 3 times each week?)
 是, 請說明: (Yes, comment)

否, 請說明: (No, comment)

65. 在適當的圖表上記錄體重。
(Plot weight on appropriate grid.)
孕前體重: _____磅 (lb.) 身高: _____
(Weight pre-pregnancy) (Height)

根據以上資訊, 建議的體重增加數量為:
(Based on above, recommended weight gain is)

- 28-40磅 (體重不足) (妊娠2/3期, 體重增加量: 4+磅/每月)
(28-40 lb. (Underweight) (trimester 2/3 wt. gain 4+/mo))
- 25-35磅 (正常) (妊娠2/3期, 體重增加量: 4+磅/每月)
(25-35 lb. (Normal) (trimester 2/3 wt. gain 4+/mo))
- 15-25磅 (超重) (妊娠2/3期, 體重增加量: 2磅/每月)
(15-25 lb. (Overweight) (trimester 2/3 wt. gain 2/mo))
- 15磅或以上 (肥胖) (因人而異)
(15 or more lb. (Obese) (varies))

今天的體重: _____磅 (lb.)
(Today's weight)

本次懷孕至今增加的體重: _____磅 (lb.)
(Weight gain to date this pregnancy)

66. 目前體重增加量是否適當? 是
(Current weight gain appropriate?) (Yes)

否, 體重增加過多
(No, excessive weight gain)

否, 體重增加不足
(No, inadequate weight gain)