

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：
(Orientation completed, per protocol) _____分鐘
(Minutes)
24. 英語：
(English language) 差 (Poor) 一般 (Fair) 好 (Good)
說
(speaking)
讀/寫 無閱讀能力
(writing/reading) (non-reader)
25. 其他語言：
(Other language) _____ 差 (Poor) 一般 (Fair) 好 (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：
(Transportation to clinic) 公共汽車 (bus) 私人用車 (car) 步行 (walk)
 出租車 (taxi) 其他： (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 (mother) 婆婆 (mother-in-law) 女性朋友 _____ (female friend)
 伴侶 (partner) 祖母/外祖母 (grandmother) 其他人 _____ (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.)) 否 (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)) 否 (No)
 是, 請說明: (Yes, describe)
54. 目前感到任何不適? (Current discomforts?) 否 (No)
 噁心 (nausea) 嘔吐 (vomiting) 便秘 (constipation)
 浮腫 (edema) 腹瀉 (diarrhea) 反胃 (heartburn)
 其他, 請說明: (other, describe)

55. 與營養相關的醫療症狀? (例如, 慢性病) (Nutrition-related medical conditions (such as chronic illness?)) 否 (No)
 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 (took class) 觀察朋友/家人 (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 (No) 與配方奶一起喂養 (combine with formula) 不確定 (not sure) 是 (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): (Currently taking (if yes: type, amount, frequency)) 無 (None)
 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)