

**“保持健康” 評估表
少年，年齡 9–11 歲**

Patient Stamp	
Patient Number _____	Plan Name/Number _____
<i>If patient stamp not used, write in Patient and Plan Name/Number</i>	

兒童姓名 (名, 姓)	出生日期	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	今天的日期	For Clinical Use
您的姓名	與兒童的關係 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 監護人 <input type="checkbox"/> 親戚 <input type="checkbox"/> 朋友 <input type="checkbox"/> 其它			Assistance needed: Reading: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Interpreter: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

通過與孩子的醫療護理人員的合作，您可以使孩子的身體更加健康。請儘量回答下列問題。如果您不知道答案或不願意回答，您可選擇“跳過”並加上(✓)符號。您可以與醫療護理人員討論任何問題。您的回答將作為孩子醫療檔案的一部份保存。

回答示例：您的孩子是否上學？	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Interventions Code/Date/Initials
-----------------------	-------------------------------------	--------------------------	--------------------------	---

您的孩子是否： (Does Your Child:)				
1. 除了家庭醫生外還有接受其它醫療護理服務 (如針灸師，中醫，矯正師，或其它醫療者)? (Receive health care from anyone besides a medical doctor [such as an acupuncturist, herbalist, curandero, or other healer]?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. 每年至少看一次牙醫? (See the dentist at least once a year?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. 每天至少喝三次奶，或酸奶奶酪或乳酪? (Drink milk or eat yogurt or cheese at least 3 times each day?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. 每天吃蔬菜和水果? (Eat fruits and vegetables every day?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. 僅吃有限數量的油炸食物或快餐? (Eat only a limited amount of fried or fast foods?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. 每週 5 天活耀地遊戲? (Play actively 5 days a week?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. 需要減少或增加體重? (Need to lose or gain weight?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. 經常感到悲哀或壓抑? (Often feel sad or depressed?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. 騎自行車或踩滑板時總是佩戴頭盔? (Always wear a helmet when riding a bike or skateboard?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. 乘車時總是繫上安全帶? (Always wear a seatbelt when riding in a car?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. 在藏有槍支的住宅內逗留? (Spend time in a home where a gun is kept?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

For Clinical Use					
Intervention Codes:	C: Counseling	EM: Educational Materials	R: Referral	F: Follow-up Needed	SPN: See Progress Notes

			<i>For Clinical Use</i>
			Interventions Code/Date/Initials
您的孩子是否: (Does Your Child:)			
12.	與攜帶槍枝，刀，棍棒或其它武器的朋友在一起? (Spend time with any friends who carry a gun, knife, club, or other weapon?)	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 跳過	
13.	在有人吸煙的住宅內逗留? (Spend time in a home with anyone who smokes?)	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 跳過	
14.	經常在戶外活動時不塗抹防晒霜或用其它防晒用品 例如帽子或襯衫等? (Often spend time outdoors without sunscreen or other protection such as a hat or shirt?)	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 跳過	
您的孩子有否: (Has Your Child:)			
15.	曾經吸煙或咀嚼煙草? (Ever smoked cigarettes or chewed tobacco?)	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 跳過	
16.	曾經飲酒，例如啤酒，葡萄酒，酒類冷飲或烈酒? (Ever had alcohol such as beer, wine, wine coolers, or liquor?)	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 跳過	
17.	曾經吸大麻，嗅膠水或服用街頭販賣的毒品? (Ever smoked marijuana, sniffed glue, or used street drugs?)	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 跳過	
18.	有吸毒或酗酒問題的朋友或家庭成員? (Had friends or family members who had a problem with drugs or alcohol?)	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 跳過	
19.	開始約會或同男友 / 女友“交往” ? (Started dating or "going with" boyfriends/girlfriends?)	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 跳過	
20.	開始發生性行為? (Become sexually active?)	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 跳過	
21.	曾經遭受性騷擾或性虐待? (Ever been molested or sexually abused?)	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 跳過	
22.	曾經目睹或遭受身體上的虐待或暴力? (Ever witnessed or been a victim of physical abuse or violence?)	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 跳過	
23.	在家中或學校有任何問題? (Had problems at home or school?)	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 跳過	
24.	您是否有其它關於孩子健康的問題或關心的事項? (Do you have other questions or concerns about your child's health?) (請說明) (Please identify) _____ _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 跳過	

For Clinical Use

Intervention Codes: C: Counseling EM: Educational Materials R: Referral F: Follow-up Needed SPN: See Progress Notes

隱私權聲明

本聲明是依照1977年資訊實施法 (1798年加州民法) 和聯邦隱私權法 (5 USC 552a, 第 (E)(3)節) 之要求, 在收集個人資訊時刊登。本表中的資訊繫應您的健康護理人員, 健康保險計劃和健康服務部門的要求提供, 目的是提供健康教育服務。病人可自願選擇是否提供本表中要求的資訊。不提供要求的資訊不會為病人帶來任何不利的後果。本表中收集的資訊將保存在病人的醫療檔案中, 並與醫療檔案中其它資訊一樣受到醫療和法律的保護。包括報告規定和病人隱私權保護在內的州法規條例適用於本表中的所有資訊。在該等法規條例的限制範圍內, 本表收集的部份資訊可能轉送至州和當地政府及其監管機構, 合約健康保險計劃和健康護理人員。