

嬰兒兩個月的
健康問卷

KAISER PERMANENTE

以下資料將予保密

您的回答有助醫生或診療護士選擇最恰當的題目，在您這次應診時與您討論。
如有不明白或不適用的問題，可以略過不答。

電話 (Phone):

作為嬰兒的母親，對您有什麼困難呢？有什麼疑問或憂慮嗎？

E-MAIL ADDRESS:

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. 您是不是用母乳餵嬰兒？ | <input type="checkbox"/> 不是 | <input type="checkbox"/> 是 |
| 2. 您是不是用含鐵質的嬰兒奶餵嬰兒？ | <input type="checkbox"/> 不是 | <input type="checkbox"/> 是 |
| 3. 除了母乳和嬰兒奶之外，有沒有餵嬰兒其他的食物？ | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 沒有 |
| 4. 您是否每次都讓嬰兒仰臥而睡？ | <input type="checkbox"/> 不是 | <input type="checkbox"/> 是 |
| 5. 您是否每次駕車外出時都把嬰兒放在車子後座的嬰兒安全椅上，並讓嬰兒面向車後？ | <input type="checkbox"/> 不是 | <input type="checkbox"/> 是 |
| 6. 假如您有使用汽車的嬰兒安全椅作為攜帶嬰兒的籃子，您是不是每次放下時都是放到地上，並繫上安全帶？ | <input type="checkbox"/> 不是 | <input type="checkbox"/> 是 |
| 7. 您有沒有將熱水爐的溫度調至低溫或暖和的度數 (低於華氏 120 度)？ | <input type="checkbox"/> 沒有 | <input type="checkbox"/> 有 |
| 8. 您在家中有沒有安裝火警煙霧探測器並經常檢查？ | <input type="checkbox"/> 沒有 | <input type="checkbox"/> 有 |
| 9. 您有沒有檢查嬰兒的玩具以確定這些玩具不會傷及嬰兒？ | <input type="checkbox"/> 沒有 | <input type="checkbox"/> 有 |
| 10. 您是否曾經在手抱嬰兒的時候喝熱的飲品？ | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 |
| 11. 您是否曾經將嬰兒獨自留在家中或車內？ | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 |
| 12. 您的嬰兒有沒有在有吸煙者的家中逗留過？ | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 沒有 |
| 13. 上次體格檢查之後，您家裏是否有人或嬰兒本身患過重病、住過醫院、遭遇過變化或困擾？如有，請說明： | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 沒有 |
| 14. 請將嬰兒現正服用的藥物列出來。 | | |
| 15. 您是否時常感到憂愁、情緒低落或抑鬱？ | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 不是 |
| 16. 您是否當嬰兒昏昏欲睡但仍醒著時，便讓嬰兒睡覺？ | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是 |
| 17. 您的嬰兒俯臥時能不能將頭稍稍抬起？ | <input type="checkbox"/> 不能 | <input type="checkbox"/> 能 |
| 18. 嬰兒的眼睛會不會隨著動作移動？ | <input type="checkbox"/> 不會 | <input type="checkbox"/> 會 |
| 19. 您的嬰兒會不會發出嬰兒常有的“咕咕”聲？ | <input type="checkbox"/> 不會 | <input type="checkbox"/> 會 |
| 20. 您的嬰兒有沒有對您笑？ | <input type="checkbox"/> 沒有 | <input type="checkbox"/> 有 |
| 21. 您有沒有每天摟抱嬰兒，並跟嬰兒說話？ | <input type="checkbox"/> 沒有 | <input type="checkbox"/> 有 |
| 22. 您有沒有在發怒或受到挫折時將嬰兒搖動？ | <input type="checkbox"/> 沒有 | <input type="checkbox"/> 有 |
| 23. 您的嬰兒是不是接受日間托兒照顧？還有誰照顧您的嬰兒？ | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 不是 |
| 24. 您閱讀了有關疫苗的資料單張沒有？ | <input type="checkbox"/> 沒有 | <input type="checkbox"/> 有 |
| 25. 您的嬰兒是否曾經對疫苗產生反應 (例如發高燒)？ | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 |

Clinic Counseling

Questionnaire Reviewed
 Pertinent Topics Discussed and Advice Given

家長簽署 (Parent Signature) : _____

日期 (Date) : _____

Sign : _____