

兒童四至五歲的
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):

當孩子不同意您的意見時，您會怎樣做？有什麼疑問或憂慮嗎？

E-MAIL ADDRESS:

- | | | |
|---|--------------------------------|-----------------------------|
| 1. 您有沒有給孩子每天吃五份蔬果？ | <input type="checkbox"/> 沒有 | <input type="checkbox"/> 有 |
| 2. 您有沒有限制孩子進食餅乾、薯片、糖果及喝果汁 / 汽水 (每天少於六安士) | <input type="checkbox"/> 沒有 | <input type="checkbox"/> 有 |
| 3. 您有沒有讓孩子每天喝含氟化物的水或用含氟滴劑或吃含氟咀嚼片？ | <input type="checkbox"/> 沒有 | <input type="checkbox"/> 有 |
| 4. 您貯藏槍械時是否已將子彈除出並把槍械鎖好？ | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是 |
| | <input type="checkbox"/> 我沒有槍械 | |
| 5. 您的孩子是不是每次騎單車、溜冰和玩滑雪板時做戴上頭盔？ | <input type="checkbox"/> 不是 | <input type="checkbox"/> 是 |
| 6. 您是否每次駕車外出時都把孩子放在車子後座的小孩安全椅或加高椅上？ | <input type="checkbox"/> 不是 | <input type="checkbox"/> 是 |
| 7. 當孩子走近有水的地方時 (例如游泳池、熱水浴池)，您有沒有一直看著？ | <input type="checkbox"/> 沒有 | <input type="checkbox"/> 有 |
| 8. 您的孩子有沒有在有吸煙者的家中逗留過？ | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 沒有 |
| 9. 上次體格檢查之後，您家裏是否有人或孩子本身患過重病、住過醫院、做過手術、遭遇過變化或困擾？如有，請說明：？ | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 沒有 |
| 10. 請將孩子現正服用的藥物列出來。 | | |
| 11. 您的孩子對藥物有沒有過敏反應？如有，請說明： | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 沒有 |
| 12. 您的孩子有沒有每年看牙醫兩次？ | <input type="checkbox"/> 沒有 | <input type="checkbox"/> 有 |
| 13. 孩子的父母或祖父母當中，有沒有人曾經在 55 歲 (男) 或 65 歲 (女) 之前患心臟病發作或腦中風？ | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 沒有 |
| 14. 您有沒有對孩子的體重特別關注？ | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 沒有 |
| 15. 您有沒有將每天看電視及打遊戲機的時間限於一小時或以下？ | <input type="checkbox"/> 沒有 | <input type="checkbox"/> 有 |
| 16. 在您家裏的人或孩子的保姆當中，有沒有人曾經做肺病 (肺結核) 皮膚測試時產生陽性反應，或染有肺結核病？ | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 沒有 |
| 17. 您 (或任何同住的人當中) 是否在美國境外出生，或您是否最近曾經到發展中的國家 (中、南美洲、亞洲或非洲) 旅行？ | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 沒有 |
| 18. 您的孩子有沒有在國外居住超過一個月？ | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 沒有 |
| 19. 孩子在陽光下超過 10 分鐘時，您有沒有替孩子塗防曬護膚品？ | <input type="checkbox"/> 沒有 | <input type="checkbox"/> 有 |
| 20. 您的孩子能不能單腿跳？ | <input type="checkbox"/> 不能 | <input type="checkbox"/> 能 |
| 21. 您的孩子能不能分辨出一些顏色和形狀？ | <input type="checkbox"/> 不能 | <input type="checkbox"/> 能 |
| 22. 您的孩子有沒有任何發脾氣或行為上的問題？ | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 沒有 |
| 23. 您的孩子會不會講故事？ | <input type="checkbox"/> 不會 | <input type="checkbox"/> 會 |
| 24. 您的孩子是否與父母同住？ | <input type="checkbox"/> 不是 | <input type="checkbox"/> 是 |
| 25. 您的孩子是不是接受日間托兒照顧或學前教育？還有誰照顧您的孩子？ | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 不是 |
| 26. 您的孩子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

Sign : _____

家長簽署 (Parent Signature) : _____

日期 (Date) : _____