

嬰兒四個月的
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):

您最喜歡您的嬰兒是什麼？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. 您的嬰兒是否吃嬰兒麥片，嬰兒或無渣 / 糊狀食物？ | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是 |
| 4. 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 |
| 5. 您是否每次都讓嬰兒仰臥而睡？ | <input type="checkbox"/> 不是 | <input type="checkbox"/> 是 |
| 6. 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 |
| 7. 如果嬰兒哽噎，您知該怎麼辦嗎？ | <input type="checkbox"/> 不知 | <input type="checkbox"/> 知 |
| 8. 您有沒有讓嬰兒獨自躺在換尿布的桌上或床上？ | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 沒有 |
| 9. 遇有地震或火警時，您有沒有一套逃生的計劃？ | <input type="checkbox"/> 沒有 | <input type="checkbox"/> 有 |
| 10. 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 |
| 11. 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、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 |
| 12. 請將嬰兒現正服用的藥物列出來。 | | |
| 13. 您的嬰兒對藥物有沒有過敏反應？如有，請說明： | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 沒有 |
| 14. 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 |
| 15. 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 |
| 16. 如果在外超過十分鐘，您有沒有用帽子或傘來保護嬰兒免受日曬？ | <input type="checkbox"/> 沒有 | <input type="checkbox"/> 有 |
| 17. 您的嬰兒有沒有大聲笑或尖聲叫喊？ | <input type="checkbox"/> 沒有 | <input type="checkbox"/> 有 |
| 18. 您的嬰兒俯伏時會不會用雙臂將身體撐起？ | <input type="checkbox"/> 不會 | <input type="checkbox"/> 會 |
| 19. 當您對嬰兒說話時，她 / 他有沒有望著您？ | <input type="checkbox"/> 沒有 | <input type="checkbox"/> 有 |
| 20. 您的嬰兒會不會伸手拿取東西？ | <input type="checkbox"/> 不會 | <input type="checkbox"/> 會 |
| 21. 您有沒有關心嬰兒的發育和行爲？ | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 沒有 |
| 22. 您的嬰兒是不是一睡到天亮？ | <input type="checkbox"/> 不是 | <input type="checkbox"/> 是 |
| 23. 您有沒有每天擁抱嬰兒，並跟嬰兒說話？ | <input type="checkbox"/> 沒有 | <input type="checkbox"/> 有 |
| 24. 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 |
| 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: _____