

兒童六至八歲的  
健康問卷

KAISLER 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):

您的孩子在學校的情況怎樣？有什麼疑問或憂慮嗎？

**E-MAIL ADDRESS:**

- |   |                             |                             |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. 您的孩子每天有沒有吃五份蔬果？  | <input type="checkbox"/> 沒有 | <input type="checkbox"/> 有  |
| 2. 您是否每次駕車外出時都把孩子放在車子後座的小孩加高椅上 / 繫上安全帶？                   | <input type="checkbox"/> 不是 | <input type="checkbox"/> 是  |
| 3. 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  |
| 4. 您有沒有對孩子的體重特別關注？  | <input type="checkbox"/> 有  | <input type="checkbox"/> 沒有 |
| 5. 您有沒有將每天看電視、打遊戲機及使用電腦的時間限於一小時或以下？                       | <input type="checkbox"/> 沒有 | <input type="checkbox"/> 有  |
| 6. 您有沒有查看電視節目是否含有色情和暴力鏡頭？                                 | <input type="checkbox"/> 沒有 | <input type="checkbox"/> 有  |
| 7. 您有沒有讓孩子每天喝含氟化物的水或吃含氟咀嚼片？                               | <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. 您的孩子是不是每次騎單車、溜冰和玩滑板時做戴上頭盔？                             | <input type="checkbox"/> 不是 | <input type="checkbox"/> 是  |
| 10. 您的孩子有沒有有曾經目擊虐待或暴力事件，或成為其中受害者？                         | <input type="checkbox"/> 有  | <input type="checkbox"/> 沒有 |
| 11. 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  |
| 12. 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 |
| 13. 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 |
| 14. 請將孩子現正服用的藥物列出來。                                       |                             |                             |
| 15. 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 |
| 16. 您的孩子有沒有每年看牙醫兩次？                                       | <input type="checkbox"/> 沒有 | <input type="checkbox"/> 有  |
| 17. 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 |
| 18. 您的孩子有沒有接受正式醫生以外的其他醫療護理(例如針灸師、中醫或其他類別的醫師)？             | <input type="checkbox"/> 有  | <input type="checkbox"/> 沒有 |
| 19. 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 |
| 20. 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 |
| 21. 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 |
| 22. 您的孩子有沒有每天劇烈地玩耍(運動) 30 至 60 分鐘？                        | <input type="checkbox"/> 沒有 | <input type="checkbox"/> 有  |
| 23. 您的孩子有沒有曾經晚間尿床？  | <input type="checkbox"/> 有  | <input type="checkbox"/> 沒有 |
| 24. 您的孩子是否與父母同住？<br>家中還有誰同住？                              | <input type="checkbox"/> 不是 | <input type="checkbox"/> 是  |
| 24. 您的孩子現正就讀哪一所學校？唸幾年級？                                   |                             |                             |
| 25. 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) : \_\_\_\_\_