6 Month Health Questionnaire

IMPRINT AREA

嬰兒六個月的健康問卷

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):

您的嬰兒每日怎樣渡過？有什麼疑問或憂慮嗎？

E-MAIL ADDRESS:

				Clinic Counseling
1.	您是不是用母乳餵嬰兒？	❒ 不是	❒ 是	
2.	您是不是用含鐵質的嬰兒奶餵嬰兒？	❒ 不是	❒ 是	
3.	您的嬰兒是否每日吃兩至三餐嬰兒麥片，嬰兒或無渣 / 糊狀食物？	❒ 否	❒ 是	
4.	您有沒有每隔五至七天便給嬰兒增加一些新的食品？	❒ 沒有	❒ 有	
5.	您們住在哪個城市？			
6.	您有沒有把所有藥物、家用清潔劑及有毒物品放在櫃子裏鎖好？	❒ 沒有	❒ 有	
7.	您有沒有將防止中毒中心的電話號碼放在電話旁？	❒ 沒有	❒ 有	
8.	您的嬰兒有沒有在有吸煙者的家中逗留過？	❒有	❒ 沒有	
9.	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：	❒有	❒ 沒有	
10.	請將嬰兒現正服用的藥物列出來。			
11.	您的嬰兒對藥物有沒有過敏反應？如有，請說明：	❒ 有	❒ 沒有	
12.	您有沒有留意到嬰兒的眼睛有時有內斜視 (鬥雞眼) 的現象？	❒ 有	❒ 沒有	
13.	您有沒有讓嬰兒吮著奶瓶入睡？	❒ 有	❒ 沒有	
14.	嬰兒在陽光下超過 10 分鐘時您有沒有替嬰兒塗防曬劑？	❒ 沒有	❒ 有	
15.	您是否曾經將嬰兒獨自留在家中或車內？	❒ 是	❒ 否	
16.	您的嬰兒會不會將身體反轉？	❒ 不會	❒ 會	
17.	您的嬰兒能不能背部靠著支撐而坐？	❒ 不能	❒ 能	
18.	您的嬰兒會不會把物件從一只手遞到另一只手？	❒ 不會	❒ 會	
19.	您的嬰兒會不會凝視自己的手？	❒ 不會	❒ 會	
20.	您的嬰兒有沒有牙牙學語？	❒ 沒有	❒ 有	
21.	您的嬰兒是不是一睡到天亮？	❒ 不是	❒ 是	
22.	您的嬰兒是否與父母同住？家中還有誰同住？	❒ 不是	❒ 是	
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？	❒ 是	❒ 不是	❒ Questionnaire Reviewed ❒ Pertinent Topics Discussed and Advice Given
24.	您的嬰兒是否曾經對疫苗產生反應 (例如發高燒) ？	❒ 是	❒ 否	

家長簽署 **(Parent Signature) :** _____ 日期 **(Date) :** _____

Sign : _____

00244-041 (11-06) English Use 00248-005 (REV. 11-03) Bright System ® Copyright The Permanente Medical Group, Inc. Northern California Regional Health Education