9 to 10 Month Health Questionnaire

IMPRINT AREA

嬰兒九至十個月的健康問卷

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):

目前您的嬰兒像什麼？有什麼疑問或憂慮嗎？

E-MAIL ADDRESS:

1.	您是不是用母乳餵嬰兒？	❒ 不是	❒ 是
2.	您是不是用含鐵質的嬰兒奶餵嬰兒？	❒ 不是	❒ 是
3.	您有沒有每天餵孩子含鐵質的穀麥片或肉類？	❒ 沒有	❒ 有
4.	您有沒有讓嬰兒每天喝含氟化物的水或用含氟滴劑？	❒ 沒有	❒ 有
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？	❒ 不是	❒ 是
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.	您有沒有在樓梯上下裝設安全柵欄？	❒ 沒有	❒ 有
9.	您的嬰兒是否曾經是虐待或暴力的受害者？	❒ 是	❒ 否
10.	您的嬰兒有沒有在有吸煙者的家中逗留過？	❒ 有	❒ 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：	❒ 有	❒ 沒有
12.	請將嬰兒現正服用的藥物列出來。		
13.	您的嬰兒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)？	❒ 有	❒ 沒有
14.	您的嬰兒是不是住在或經常流連於**一九七八年之前**興建而油漆剝落或**最近**才裝修過的房子？	❒ 是	❒ 不是
15.	您的孩子有沒有接受加州醫療保健或其他政府援助 (例如 WIC)？	❒ 有	❒ 沒有
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？	❒ 有	❒ 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？	❒ 是	❒ 否
18.	您的孩子有沒有在國外居住超過一個月？	❒ 有	❒ 沒有
19.	您的嬰兒是不是一睡到天亮？	❒ 不是	❒ 是
20.	您有沒有每天給嬰兒朗讀？	❒ 沒有	❒ 有
21.	您的嬰兒會不會揮手再見？	❒ 不會	❒ 會
22.	您的嬰兒會不會支撐自己站起來？	❒ 不會	❒ 會
23.	您的嬰兒能不能用拇指和食指拿起東西？	❒ 不能	❒ 能
24.	您的嬰兒有沒有牙牙學語？	❒ 沒有	❒ 有
25.	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) :** _____

Clinic Counseling

- ❒ Questionnaire Reviewed
- ❒ Pertinent Topics Discussed and Advice Given

Sign : _____

00244-042 (11-06) English Use 00248-006 (REV. 6-03) Bright System ® Copyright The Permanente Medical Group, Inc. Northern California Regional Health Education