10 – 12 Year Health Questionnaire

IMPRINT AREA

兒童十至十二歲的健康問卷

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):

您的孩子在學校的情形怎樣？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？	❒ 沒有	❒ 有	Clinic Counseling
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 12 安士)	❒ 沒有	❒ 有	
3.	您有沒有讓孩子每天喝含氟化物的水或吃含氟咀嚼片？	❒ 沒有	❒ 有	
4.	您的孩子有沒有曾經目擊暴力或性騷擾事件，或成爲其中的受害者？	❒ 有	❒ 沒有	
5.	您貯藏槍械時是否已將子彈除出並把槍械鎖好？	❒ 否	❒ 是	
		❒ 我沒有槍械		
6.	您的孩子有沒有在有吸煙者的家中逗留過？	❒ 有	❒ 沒有	
7.	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：？	❒ 有	❒ 沒有	
8.	請將孩子現正服用的藥物列出來。			
9.	您的孩子對藥物有沒有過敏反應？如有，請說明：	❒ 有	❒ 沒有	
10.	您的孩子有沒有每年看牙醫兩次？	❒ 沒有	❒ 有	
11.	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？	❒ 沒有	❒ 有	
12.	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？	❒ 有	❒ 沒有	
13.	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)？	❒ 有	❒ 沒有	
14.	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	
15.	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？	❒ 有	❒ 沒有	
16.	您的孩子有沒有在國外居住超過一個月？	❒ 有	❒ 沒有	
17.	您的孩子有沒有每天劇烈地玩耍 (運動) 30 至 60 分鐘？	❒ 沒有	❒ 有	
18.	您的孩子有沒有參加任何體育活動？如有，請說明：	❒ 沒有	❒ 有	
19.	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？	❒ 沒有	❒ 有	
20.	您有沒有與孩子談過有關青春期 (身體上的轉變) 以及性方面的問題？	❒ 沒有	❒ 有	
21.	您有沒有擔心您的孩子可能喝過酒、吸過毒或吸過煙？	❒ 有	❒ 沒有	
22.	只須女性病者作答：您的女兒是不是已經開始來月經？	❒ 是	❒ 不是	❒ Questionnaire Reviewed
23.	您的孩子是否與父母同住？	❒ 不是	❒ 是	❒ Pertinent Topics Discussed and Advice Given
23.	您的孩子現正就讀哪一所學校？唸幾年級？	❒ 不是	❒ 是	
24.	您的孩子是否已經出過水痘或已接種過水痘疫苗？	❒ 否	❒ 是	
25.	您的孩子是否曾經對疫苗產生反應 (例如發高燒)？	❒ 是	❒ 否	Sign : _____

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

00244-052 (11-06) English Use 00248-016 (REV. 6-03) Bright System ® Copyright The Permanente Medical Group, Inc. Northern California Regional Health Education