

幼童十二個月的
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):

您的孩子喜歡做什麼？有什麼疑問或憂慮嗎？

E-MAIL ADDRESS:

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. 您是不是用含維生素 D 的全脂牛奶餵您的孩子？ | <input type="checkbox"/> 不是 | <input type="checkbox"/> 是 |
| 2. 您有沒有避免餵孩子容易導致哽噎的食物 (例如果仁、硬糖果、爆谷、生蔬菜)？ | <input type="checkbox"/> 沒有 | <input type="checkbox"/> 有 |
| 3. 您有沒有將限制孩子每天喝的果汁不超過六安士？ | <input type="checkbox"/> 沒有 | <input type="checkbox"/> 有 |
| 4. 您有沒有讓嬰兒每天喝含氟化物的水或用含氟滴劑？ | <input type="checkbox"/> 沒有 | <input type="checkbox"/> 有 |
| 5. 您是否已經開始幫孩子戒用奶瓶？ | <input type="checkbox"/> 不是 | <input type="checkbox"/> 是 |
| 6. 當孩子走近有水的地方時 (例如游泳池、熱水浴池或水桶) 您有沒有密切注視孩子的行動？ | <input type="checkbox"/> 沒有 | <input type="checkbox"/> 有 |
| 7a. 您家後院有沒有游泳池或熱水浴池？ | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 沒有 |
| 7b. 池邊有沒有圍上防止孩子掉進池裏的柵欄？ | <input type="checkbox"/> 沒有 | <input type="checkbox"/> 有 |
| 8. 如果孩子哽噎，您知該怎麼辦嗎？ | <input type="checkbox"/> 不知 | <input type="checkbox"/> 知 |
| 9. 您是否每次駕車外出時都把孩子放在車子後座的小孩安全椅上？ | <input type="checkbox"/> 不是 | <input type="checkbox"/> 是 |
| 10. 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 |
| 11. 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 |
| 12. 請將孩子現正服用的藥物列出來。 | | |
| 13. 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 |
| 14. 您有沒有每天用水為孩子刷牙？ | <input type="checkbox"/> 沒有 | <input type="checkbox"/> 有 |
| 15. 您的孩子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？ | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 不是 |
| 16. 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)？ | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 沒有 |
| 17. 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 |
| 18. 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"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 |
| 19. 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 |
| 20. 您有沒有每天給孩子閱讀和與孩子玩耍？ | <input type="checkbox"/> 沒有 | <input type="checkbox"/> 有 |
| 21. 您的孩子玩不玩打掌仔 (打大麥) 的遊戲？ | <input type="checkbox"/> 不玩 | <input type="checkbox"/> 玩 |
| 22. 您的孩子能以支撐行走嗎？ | <input type="checkbox"/> 不能 | <input type="checkbox"/> 能 |
| 23. 您的孩子能用拇指和食指來撿起細小的物品嗎？ | <input type="checkbox"/> 不能 | <input type="checkbox"/> 能 |
| 24. 您的孩子會不會說單字？ | <input type="checkbox"/> 不會 | <input type="checkbox"/> 會 |
| 25a. 您的孩子是不是接受日間托兒照顧？ | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 不是 |
| 25b. 還有誰照顧您的孩子？ | | |
| 26. 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) : _____