18 Month Health Questionnaire

IMPRINT AREA

幼童十八個月的健康問卷

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):

您和您的伴侶怎樣處理孩子的行爲？有什麼疑問或憂慮嗎？

E-MAIL ADDRESS:

				Clinic Counseling
1.	您是不是已經幫孩子戒掉奶瓶？	❒ 不是	❒ 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)？	❒ 沒有	❒ 有	
3.	您有沒有限制孩子進食餅乾、糖果及喝果汁 (每天少於六安士)	❒ 沒有	❒ 有	
4.	您有沒有讓孩子每天喝含氟化物的水或用含氟滴劑？	❒ 沒有	❒ 有	
5.	孩子在街上或行人道附近玩耍時，您有沒有一直看著？	❒ 沒有	❒ 有	
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？	❒ 沒有	❒ 有	
7.	您是否曾經有沒有將孩子單獨留在家中或車內？	❒ 是	❒ 否	
8.	您有沒有將家中二樓所有的窗戶都安裝窗鎖或其他保護裝置？	❒ 沒有 ❒ 沒有二樓	❒ 有	
9.	您有沒有將防止中毒中心的電話號碼放在電話旁？	❒ 沒有	❒ 有	
10.	遇有地震或火警時，您有沒有一套逃生的計劃？	❒ 沒有	❒ 有	
11.	您貯藏槍械時是否已將子彈除出並把槍械鎖好？	❒ 否 ❒ 我沒有槍械	❒ 是	
12.	您有沒有每天用水爲孩子刷牙？	❒ 沒有	❒ 有	
13.	您的孩子有沒有在有吸煙者的家中逗留過？	❒ 有	❒ 沒有	
14.	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	
15.	請將孩子現正服用的藥物列出來。			
16.	您的孩子對藥物有沒有過敏反應？如有，請說明：	❒ 有	❒ 沒有	
17.	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	
18.	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	
19.	如您說："去拿您的鞋子"，您的孩子會去拿嗎？	❒ 不會	❒ 會	
20.	您的孩子會不會擲球？	❒ 不會	❒ 會	
21.	您的孩子會不會使用匙羹進食？	❒ 不會	❒ 會	❒ Questionnaire Reviewed
22.	您的孩子會不會說七至十個單字？	❒ 不會	❒ 會❒	❒ Pertinent Topics Discussed and Advice Given
23.	您的孩子會不會懂得三個身體部份的名稱？	❒ 不會	❒ 會	
24.	您有沒有打罵您的孩子？	❒ 有	❒ 沒有	
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) :** _____