

保持健康評估

(Staying Healthy Assessment)

12-17歲 (12 – 17 Years)

姓名 (名和姓)	出生日期	<input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 男	當日日期	學校年級
填表人	<input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 親屬 <input type="checkbox"/> 朋友 <input type="checkbox"/> 監護人 <input type="checkbox"/> 其他 (請註明)			學校出席 正常? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

請儘量回答本表格所有的問題。如果您不知道答案或不想回答，請圈選「跳過」。如果對本表格有任何問題，請一定要問醫生。您的回答將與您的醫療記錄一同受到保護。

需要翻譯員嗎?
是 否

Clinic Use Only:
Nutrition

1	您有沒有每天喝或吃3份高鈣食品，例如牛奶、乳酪、優格乳、豆漿或豆腐? <i>Drinks/eats 3 servings of calcium-rich foods daily?</i>	是 Yes	否 No	跳過 Skip	Nutrition
2	您是否每天至少吃兩次蔬菜水果? <i>Eats fruits and vegetables at least 2 times per day?</i>	是 Yes	否 No	跳過 Skip	
3	您是否一星期超過一次吃高脂食品，如油炸食物、洋芋片、冰淇淋或披薩? <i>Eats high fat foods more than once per week?</i>	否 No	是 Yes	跳過 Skip	
4	您是否每天喝超過12盎司 (1蘇打飲料罐) 的果汁飲料、運動飲料、能量飲料或加糖咖啡飲料? <i>Drinks more than 12 oz. per day of juice/sports/energy drink, or sweetened coffee drink?</i>	否 No	是 Yes	跳過 Skip	
5	您有沒有每週多日做運動或參加運動項目? <i>Exercises or plays sports most days of the week?</i>	是 Yes	否 No	跳過 Skip	Physical Activity
6	您擔心您的體重嗎? <i>Concerned about weight?</i>	否 No	是 Yes	跳過 Skip	
7	您是否每天看少於2小時的電視或玩電動遊戲? <i>Watches TV or plays video games less than 2 hours per day?</i>	是 Yes	否 No	跳過 Skip	
8	您家裡有功能正常的煙霧偵測器嗎? <i>Home has working smoke detector?</i>	是 Yes	否 No	跳過 Skip	Safety
9	您家裡電話旁邊貼著毒物控制中心 (800-222-1222) 的電話號碼嗎? <i>Home has phone # of the Poison Control Center posted by phone?</i>	是 Yes	否 No	跳過 Skip	
10	您是否乘車時總是繫安全帶? <i>Always wears a seat belt when riding in a car?</i>	是 Yes	否 No	跳過 Skip	
11	您會待在有槍枝的家中嗎? <i>Spends time in a home where a gun is kept?</i>	否 No	是 Yes	跳過 Skip	
12	您是否有時與任何攜帶槍、刀或其他武器的人在一起? <i>Spends time with anyone who carries a gun, knife, or other weapon?</i>	否 No	是 Yes	跳過 Skip	

13	您騎自行車、玩滑板或滑板車時是否總是戴安全帽？ <i>Always wears a helmet when riding a bike, skateboard, or scooter?</i>	是 <i>Yes</i>	否 <i>No</i>	跳過 <i>Skip</i>	
14	你有沒有親眼目睹過虐待或暴力？ <i>Ever witnessed abuse or violence?</i>	否 <i>No</i>	是 <i>Yes</i>	跳過 <i>Skip</i>	
15	在過去一年中您有沒有被打、打耳光、被踢，或被傷害身體（或您傷害別人）？ <i>Been hit, slapped, kicked, or physically hurt by someone (or has he/she hurt someone) in the past year?</i>	否 <i>No</i>	是 <i>Yes</i>	跳過 <i>Skip</i>	
16	您是否曾在學校或您居家附近被人欺負，或感到不安全（或在網絡被欺負）？ <i>Ever been bullied or felt unsafe at school/neighborhood (or been cyber-bullied)?</i>	否 <i>No</i>	是 <i>Yes</i>	跳過 <i>Skip</i>	
17	您每天都有刷牙和使用牙線嗎？ <i>Brushes and flosses teeth daily?</i>	是 <i>Yes</i>	否 <i>No</i>	跳過 <i>Skip</i>	Dental Health
18	你是否經常感到傷心，沮喪，或絕望？ <i>Often feels sad, down, or hopeless?</i>	否 <i>No</i>	是 <i>Yes</i>	跳過 <i>Skip</i>	Mental Health
19	您是否有時與抽煙的人在一起？ <i>Spends time with anyone who smokes?</i>	否 <i>No</i>	是 <i>Yes</i>	跳過 <i>Skip</i>	Alcohol, Tobacco, Drug Use
20	你是否抽煙或嚼煙？ <i>Smokes cigarettes or chews tobacco?</i>	否 <i>No</i>	是 <i>Yes</i>	跳過 <i>Skip</i>	
21	您是否用藥或吸食物質以追求快感，例如大麻、古柯鹼、快克、安非他命、迷幻藥等？ <i>Uses or sniffs any substance to get high?</i>	否 <i>No</i>	是 <i>Yes</i>	跳過 <i>Skip</i>	
22	您是否服用不是開給您的處方藥？ <i>Uses medicines not prescribed for her/him?</i>	否 <i>No</i>	是 <i>Yes</i>	跳過 <i>Skip</i>	
23	您是否每週喝一次或更多次酒？ <i>Drinks alcohol once a week or more?</i>	否 <i>No</i>	是 <i>Yes</i>	跳過 <i>Skip</i>	
24	如果您喝酒，您是否會喝到醉或失去知覺？ <i>If she/he drinks alcohol, drinks enough to get drunk or pass out?</i>	否 <i>No</i>	是 <i>Yes</i>	跳過 <i>Skip</i>	
25	您是否有吸毒或酗酒問題的朋友或家庭成員？ <i>Has friends/family members who have problems with drugs or alcohol?</i>	否 <i>No</i>	是 <i>Yes</i>	跳過 <i>Skip</i>	
	您是否酒後駕車，或乘坐由酒醉或用藥的人開的車？ <i>Drives a car after drinking, or rides in a car driven by someone who has been drinking or using drugs?</i>	否 <i>No</i>	是 <i>Yes</i>	跳過 <i>Skip</i>	
關於您對性與計劃生育的回答，如無您的許可不會提供給任何人，包括您父母。					
27	你有沒有曾被強迫或被施加壓力而發生性關係？ <i>Ever been forced or pressured to have sex?</i>	否 <i>No</i>	是 <i>Yes</i>	跳過 <i>Skip</i>	Sexual Issues
28	您曾有過性交（口交、陰道或肛門）？ <i>Ever had sex (oral, vaginal, or anal)?</i>	否 <i>No</i>	是 <i>Yes</i>	跳過 <i>Skip</i>	
29	你是否覺得您或您的伴侶可能得了性傳播感染（STI），如衣原體，淋病，生殖器疣等？ <i>Thinks she/he or partner could have a STI?</i>	否 <i>No</i>	是 <i>Yes</i>	跳過 <i>Skip</i>	

30	您或您的伴侶在過去一年中曾和其他人發生性關係嗎？ <i>She/he or partner(s) had sex with other people in the past year?</i>	否 <i>No</i>	是 <i>Yes</i>	跳過 <i>Skip</i>	
31	您或您的伴侶在過去一年中性交時沒有使用避孕方法嗎？ <i>She/he or partner(s) had sex without using birth control in the past year?</i>	否 <i>No</i>	是 <i>Yes</i>	跳過 <i>Skip</i>	
32	您最後一次性交時，有沒有使用避孕方法？ <i>Used birth control the last time she/he had sex?</i>	是 <i>Yes</i>	否 <i>No</i>	跳過 <i>Skip</i>	
33	您或您的伴侶在過去一年中性交時沒有使用保險套嗎？ <i>She/he or partner(s) had sex without a condom in the past year?</i>	否 <i>No</i>	是 <i>Yes</i>	跳過 <i>Skip</i>	
34	您或您的伴侶最後一次性交時，有沒有使用保險套？ <i>She/he or partner used a condom the last time they had sex?</i>	是 <i>Yes</i>	否 <i>No</i>	跳過 <i>Skip</i>	
35	您是否對您的性傾向（您對誰有興趣）或性別認同（對於做為男生、女生或別的性別的感覺）有任何疑問？ <i>Any questions about sexual orientation or gender identity?</i>	否 <i>No</i>	是 <i>Yes</i>	跳過 <i>Skip</i>	
	您是否有任何其他關於您健康上的問題或疑慮？ <i>Any other questions or concerns about health?</i>	否 <i>No</i>	是 <i>Yes</i>	跳過 <i>Skip</i>	Other Questions

若回答是，請描述：

Clinic Use Only	Counseled	Referred	Anticipatory Guidance	Follow-up Ordered	Comments:
<input type="checkbox"/> Nutrition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Physical activity	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Safety	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Dental Health	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Mental Health	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Alcohol, Tobacco, Drug Use	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Sexual Issues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Patient Declined the SHA					
PCP's Signature:		Print Name:		Date:	
SHA ANNUAL REVIEW					
PCP's Signature:		Print Name:		Date:	
PCP's Signature:		Print Name:		Date:	
PCP's Signature:		Print Name:		Date:	
PCP's Signature:		Print Name:		Date:	