

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> | |
| 26 | 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> | |
| 36 | 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: | |