

건강 유지 평가

(Staying Healthy Assessment)

5 – 8 세 (5 – 8 Years)

어린이 이름 (이름 & 성)	생년월일	<input type="checkbox"/> 여자 <input type="checkbox"/> 남자	오늘 날짜	몇 학년입니까?
양식을 작성한 사람 <input type="checkbox"/> 부모 <input type="checkbox"/> 친척 <input type="checkbox"/> 친구 <input type="checkbox"/> 후견인 <input type="checkbox"/> 기타 (구체적으로 작성하십시오)			학교 출석 정기적으로 출석합니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	

이 양식에 있는 모든 질문에 최대한 답변해 주십시오. 답을 모르거나 답변하기를 원하지 않는 경우에는 “통과”에 동그라미 하십시오. 이 양식에 있는 사항에 대해 질문이 있는 경우 반드시 의사에게 문의하십시오. 귀하의 답변은 귀하의 의료 기록의 일부로서 보호됩니다.

통역사가 필요하십니까?
 예 아니오

Clinic Use Only:

Nutrition

1	귀하의 자녀는 우유, 치즈, 요구르트, 두유 또는 두부와 같은 칼슘이 풍부한 식품을 매일 3 인분을 마시거나 먹습니까? <i>Child drinks/eats 3 servings of calcium-rich foods daily?</i>	예 <i>Yes</i>	아니오 <i>No</i>	통과 <i>Skip</i>
2	귀하의 자녀는 과일과 채소를 매일 적어도 2 회 먹습니까? <i>Child eats fruits and vegetables at least two times per day?</i>	예 <i>Yes</i>	아니오 <i>No</i>	통과 <i>Skip</i>
3	귀하의 자녀는 튀긴 음식, 칩, 아이스크림 또는 피자과 같은 고지방 음식을 일주일에 1 회보다 더 많이 먹습니까? <i>Child eats high fat foods more than once per week?</i>	아니오 <i>No</i>	예 <i>Yes</i>	통과 <i>Skip</i>
4	귀하의 자녀는 매일 작은 컵 (4-6 oz.)으로 주스를 한 잔 넘게 마십니까? <i>Child drinks more than one small cup of juice per day?</i>	아니오 <i>No</i>	예 <i>Yes</i>	통과 <i>Skip</i>
5	귀하의 자녀는 탄산음료, 주스음료, 스포츠음료, 에너지음료 또는 다른 가당음료를 일주일에 1 회보다 더 많이 마십니까? <i>Child drinks soda, juice/ sports/ energy drinks, or other sweetened drinks more than once per week?</i>	아니오 <i>No</i>	예 <i>Yes</i>	통과 <i>Skip</i>
Physical Activity				
6	귀하의 자녀는 일주일 중 대부분의 날에 스포츠 또는 운동을 합니까? <i>Child exercises or plays sports most days of the week?</i>	예 <i>Yes</i>	아니오 <i>No</i>	통과 <i>Skip</i>
7	귀하의 자녀의 몸무게에 대해 걱정하십니까? <i>Concerned about child's weight?</i>	아니오 <i>No</i>	예 <i>Yes</i>	통과 <i>Skip</i>
8	귀하의 자녀는 TV 시청 또는 비디오 게임을 매일 2 시간 미만으로 합니까? <i>Child watches TV or plays video games less than 2 hours per day?</i>	예 <i>Yes</i>	아니오 <i>No</i>	통과 <i>Skip</i>

Safety					
9	귀하의 집에 정상 작동하는 연기 탐지기가 있습니까? <i>Home has a working smoke detector?</i>	예 <i>Yes</i>	아니오 <i>No</i>	통과 <i>Skip</i>	
10	귀하의 온수 온도를 미지근한 온도 (120 도 미만)으로 맞춰놓았습니까? <i>Water temperature turned down to low-warm?</i>	예 <i>Yes</i>	아니오 <i>No</i>	통과 <i>Skip</i>	
11	귀하의 집 전화 옆에 독극물 통제센터 (Poison Control Center) 800-222-1222 번 전화번호를 붙여놓았습니까? <i>Home has phone # of the Poison Control Center posted by phone?</i>	예 <i>Yes</i>	아니오 <i>No</i>	통과 <i>Skip</i>	
12	귀하의 자녀를 항상 차량 뒷자석에 설치한 보조 의자에 앉힙니까 (또는 귀하의 자녀의 키가 4'9"를 넘는 경우 안전벨트를 사용합니까)? <i>Always places child in booster seat in back seat (or uses a seat belt) if child is over 4'9"?</i>	예 <i>Yes</i>	아니오 <i>No</i>	통과 <i>Skip</i>	
13	귀하의 자녀는 수영장, 강 또는 호수 주변에서 시간을 보냅니까? <i>Child spends time near a swimming pool, river, or lake?</i>	아니오 <i>No</i>	예 <i>Yes</i>	통과 <i>Skip</i>	
14	귀하의 자녀는 총이 보관된 집에서 시간을 보냅니까? <i>Child spends time in home where a gun is kept?</i>	아니오 <i>No</i>	예 <i>Yes</i>	통과 <i>Skip</i>	
15	귀하의 자녀는 총, 칼 또는 다른 무기를 가지고 있는 사람과 시간을 보냅니까? <i>Child spends time with anyone who carries a gun, knife, or other weapon?</i>	아니오 <i>No</i>	예 <i>Yes</i>	통과 <i>Skip</i>	
16	귀하의 자녀는 자전거, 스케이트보드 또는 스쿠터를 탈 때 항상 헬멧을 착용합니까? <i>Child always wears a helmet when riding a bike, skateboard, or scooter?</i>	예 <i>Yes</i>	아니오 <i>No</i>	통과 <i>Skip</i>	
17	귀하의 자녀는 학대 또는 폭력을 목격하거나 희생자가 된 적이 있습니까? <i>Child ever witnessed or been victim of abuse or violence?</i>	아니오 <i>No</i>	예 <i>Yes</i>	통과 <i>Skip</i>	
18	귀하의 자녀는 지난해 누구에게 맞거나 또는 때린 적이 있습니까? <i>Has child been hit or hit someone in the past year?</i>	아니오 <i>No</i>	예 <i>Yes</i>	통과 <i>Skip</i>	

19	귀하의 자녀는 학교 또는 이웃에서 괴롭힘을 당하거나 안전하지 않다고 느낀 적이 있습니까 (또는 인터넷 상에서 괴롭힘을 당한 적이 있습니까)? <i>Has child ever been bullied or felt unsafe at school/neighborhood (or been cyber-bullied)?</i>	아니오 <i>No</i>	예 <i>Yes</i>	통과 <i>Skip</i>	
20	귀하는 자녀는 매일 이를 닦고 치실을 사용합니까? <i>Child brushes and flosses teeth daily?</i>	예 <i>Yes</i>	아니오 <i>No</i>	통과 <i>Skip</i>	Dental Health
21	귀하의 자녀가 종종 슬프거나 우울한 것처럼 보입니까? <i>Child often seems sad or depressed?</i>	아니오 <i>No</i>	예 <i>Yes</i>	통과 <i>Skip</i>	Mental Health
22	귀하의 자녀는 담배를 피우는 사람과 시간을 보냅니까? <i>Child spends time with anyone who smokes?</i>	아니오 <i>No</i>	예 <i>Yes</i>	통과 <i>Skip</i>	Tobacco Exposure
23	귀하는 귀하의 자녀의 건강 또는 행동에 대해 다른 질문이 있거나 걱정이 있습니까? <i>Any other questions or concerns about child's health or behavior?</i>	아니오 <i>No</i>	예 <i>Yes</i>	통과 <i>Skip</i>	Other Questions

예라고 답한 경우 자세히 작성하십시오.

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"/> Tobacco Exposure	<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: