

# 건강 유지 평가

(Staying Healthy Assessment)

9 - 11 세 (9 - 11 Years)

어린이 이름 (이름 & 성)	생년월일	<input type="checkbox"/> 여자 <input type="checkbox"/> 남자	오늘 날짜	학년:
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 Yes	아니오 No	통과 Skip
2	귀하의 자녀는 과일과 채소를 매일 적어도 2 회 먹습니까? <i>Child eats fruits and vegetables at least two times per day?</i>	예 Yes	아니오 No	통과 Skip
3	귀하의 자녀는 튀긴 음식, 칩, 아이스크림 또는 피자 와 같은 고지방 음식을 일주일에 1 회보다 더 많이 먹습니까? <i>Child eats high fat foods more than once per week?</i>	아니오 No	예 Yes	통과 Skip
4	귀하의 자녀는 매일 주스를 한 컵 (8 oz.) 넘게 마십니까? <i>Child drinks more than one cup of juice per day?</i>	아니오 No	예 Yes	통과 Skip
5	귀하의 자녀는 탄산음료, 주스음료, 스포츠/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 No	예 Yes	통과 Skip
6	귀하의 자녀는 일주일 중 대부분의 날에 스포츠 또는 운동을 합니까? <i>Child exercises or plays sports most days of the week?</i>	예 Yes	아니오 No	통과 Skip
7	귀하의 자녀의 몸무게에 대해 걱정하십니까? <i>Concerned about child's weight?</i>	아니오 No	예 Yes	통과 Skip
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 Yes	아니오 No	통과 Skip

Physical Activity

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>	Safety	
10	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>		
11	귀하의 자녀는 항상 뒷자리에 앉아 안전벨트를 착용합니까 (또는 키가 4'9"보다 작은 경우 보조 의자를 사용합니까)? <i>Child always uses a seat belt in the back seat (or booster seat) if under 4'9"?</i>	예 <i>Yes</i>	아니오 <i>No</i>	통과 <i>Skip</i>		
12	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>		
13	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>		
14	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>		
15	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>		
16	귀하의 자녀는 학대 또는 폭력을 목격하거나 희생자가 된 적이 있습니까? <i>Has child ever witnessed or been a victim of abuse or violence?</i>	아니오 <i>No</i>	예 <i>Yes</i>	통과 <i>Skip</i>		
17	귀하의 자녀는 지난해 누구에게 맞거나 또는 귀하의 자녀가 누군가를 때린 적이 있습니까? <i>Has child been hit or has he/she hit someone in the past year?</i>	아니오 <i>No</i>	예 <i>Yes</i>	통과 <i>Skip</i>		
18	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, felt unsafe at school/neighborhood (or been cyber-bullied)?</i>	아니오 <i>No</i>	예 <i>Yes</i>	통과 <i>Skip</i>		
19	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
20	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

21	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>	Alcohol, Tobacco, Drug Use
22	귀하의 자녀는 담배를 피우거나 씹는 담배를 사용한 적이 있습니까? <i>Has child ever smoked cigarettes or chewed tobacco?</i>	아니오 <i>No</i>	예 <i>Yes</i>	.65	
23	귀하는 귀하의 자녀가 약에 취하기 위해 마약 또는 본드와 같은 흡입 물질을 사용하고 있을 수도 있다고 걱정하십니까? <i>Concerned that child may be using drugs or sniffing substances to get high?</i>	아니오 <i>No</i>	예 <i>Yes</i>	통과 <i>Skip</i>	
24	귀하는 귀하의 자녀가 맥주, 와인, 와인쿨러 또는 독주와 같은 술을 마시고 있을 수도 있다고 걱정하십니까? <i>Concerned that child may be drinking alcohol?</i>	아니오 <i>No</i>	예 <i>Yes</i>	통과 <i>Skip</i>	
25	귀하의 자녀는 마약 또는 알코올 문제가 있는 친구 또는 가족이 있습니까? <i>Child has friends/family members who have problems with drugs or alcohol?</i>	아니오 <i>No</i>	예 <i>Yes</i>	통과 <i>Skip</i>	
26	귀하의 자녀는 남자친구 또는 여자친구와 데이트하거나 “사귀기” 시작했습니까? <i>Child started dating or “going out” with boyfriends or girlfriends?</i>	아니오 <i>No</i>	예 <i>Yes</i>	통과 <i>Skip</i>	Sexual Issues
27	귀하는 귀하의 자녀가 성적인 행위를 하고 있을 수 있다고 생각하십니까? <i>Thinks child might be sexually active?</i>	아니오 <i>No</i>	예 <i>Yes</i>	통과 <i>Skip</i>	
28	귀하는 귀하의 자녀의 건강 또는 행동에 대해 다른 질문이 있거나 걱정이 있습니까? <i>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.

<b>Clinic Use Only</b>	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"/> <b>Patient Declined the SHA</b>
<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"/>	
PCP’s Signature:	Print Name:			Date:	
<b>SHA ANNUAL REVIEW</b>					
PCP’s Signature:	Print Name:			Date:	
PCP’s Signature:	Print Name:			Date:	