

건강 유지 평가

(Staying Healthy Assessment)

3 - 4 세 (3 - 4 Years)

어린이 이름 (이름 & 성)	생년월일	<input type="checkbox"/> 여자 <input type="checkbox"/> 남자	오늘 날짜	탁아소/데이케어에 다닙니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
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)			양식 작성에 도움이 필요하십니까? <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>	Nutrition
2	귀하의 자녀는 과일과 채소를 매일 적어도 2 회 먹습니까? <i>Child eats fruits and vegetables at least 2 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. 컵)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 drinks, sports drinks, energy drinks, or other sweetened drinks more than once per week?</i>	아니오 <i>No</i>	예 <i>Yes</i>	통과 <i>Skip</i>	
6	귀하의 자녀는 일주일 중 대부분의 날에 활동적으로 놀니까? <i>Child plays actively most days of the week?</i>	예 <i>Yes</i>	아니오 <i>No</i>	통과 <i>Skip</i>	Physical Activity
7	귀하의 자녀의 몸무게에 대해 걱정하십니까? <i>Concerned about child's weight?</i>	예 <i>Yes</i>	아니오 <i>No</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 집이 1 층보다 높은 경우 창문과 계단 입구에 안전망을 설치했습니까? <i>Safety guards on windows and gates for stairs in multi-level home?</i>	예 <i>Yes</i>	아니오 <i>No</i>	통과 <i>Skip</i>	
12	귀하의 집에 청소 용품, 약품 및 성냥은 잠금 장치가 있는 안전한 장소에 보관되어 있습니까? <i>Cleaning supplies, medicines, and matches locked away?</i>	예 <i>Yes</i>	아니오 <i>No</i>	통과 <i>Skip</i>	
13	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>	
14	귀하의 자녀가 욕조에 있을 때 항상 옆에 있습니까? <i>Always stays with child when in the bathtub?</i>	예 <i>Yes</i>	아니오 <i>No</i>	통과 <i>Skip</i>	
15	귀하의 자녀를 항상 차량 뒷좌석에 앞면을 향하도록 설치한 카시트에 앉합니까? <i>Always places child in a forward facing car seat in the back seat?</i>	예 <i>Yes</i>	아니오 <i>No</i>	통과 <i>Skip</i>	
16	귀하가 사용하는 카시트는 귀하의 자녀의 연령과 사이즈에 맞는 제품입니까? <i>Car seat used is correct size for age and size of child?</i>	예 <i>Yes</i>	아니오 <i>No</i>	통과 <i>Skip</i>	
17	귀하는 차를 후진하기 전에 항상 어린이가 있는지 확인합니까? <i>Always checks for children before backing car out?</i>	예 <i>Yes</i>	아니오 <i>No</i>	통과 <i>Skip</i>	
18	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>	
19	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>	

20	귀하의 자녀는 자전거, 스케이트보드 또는 스쿠터를 탈 때 항상 헬멧을 착용합니까? <i>Child always wears helmet when riding a bike, skateboard, or scooter?</i>	예 <i>Yes</i>	아니오 <i>No</i>	통과 <i>Skip</i>	
21	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>	
22	귀하는 자녀가 매일 이를 닦고 치실을 사용하는 것을 도와줍니까? <i>Child is helped to brush and floss teeth daily?</i>	예 <i>Yes</i>	아니오 <i>No</i>	통과 <i>Skip</i>	Dental Health
23	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
24	귀하는 귀하의 자녀의 발달, 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: