

“安全交付的嬰兒” 健康問卷

感謝你給這孩子選擇一個安全和隱妥的未來

注意:你今天帶來的嬰兒,我們今天不知道的,在未來可能有嚴重的醫療需要。一些疾病,包括癌症,當我們知道家庭的病史後是最好的治療。此外,有時治療需要親屬去拯救生命。為了保證這個嬰兒擁有一個健康的未來,你協助填報問卷是必不可少的。謝謝你。

請記住,這些問題將使我們能夠提供給嬰兒最好的協助性看顧。如果你需要幫助回答任何問題,請你查詢。別回答令你感到不安的問題,只回答其如的。你提供的資料將有利於嬰兒。

所有資料都是保密的,而且將只用於幫助照顧嬰兒。

1. 嬰兒的出世日期,時間和地點?
日期: _____ 時間: _____ 早上 下午 地點: _____
2. 嬰兒是否提早出生(過早)? _____ 遲了出生? _____ 未知的生產日期? _____
3. 嬰兒是否有任何呼吸困難? 是 否
4. 嬰兒是否母乳餵養了? 是 否
如果是,多長時間? _____ 最後餵養嬰兒是何時? _____ 早上 下午
5. 嬰兒是否奶粉餵養? 是 否
如果是,多長時間? _____ 最後餵養嬰兒是何時? _____ 早上 下午
6. 親生母親在懷孕期間有看醫生? 是 否
如果有,她什麼時候第一次去看醫生? _____
她在懷孕期間看醫生多少次? _____
7. 嬰兒出生時是否有醫生,助產士,護士或其他衛生保健專業人士在場? 是 否
8. 嬰兒出生後有看醫生嗎? 是 否
如果是,在何時? _____
9. 親生母親在懷孕期間有吸煙嗎? 是 否
如果是,多頻密? _____
10. 親生母親在懷孕期間有喝酒嗎? 是 否
如果是,多頻密? _____
11. 在懷孕期間親生母親使用非處方藥或處方藥? 是 否
如果是,何種類? _____ 多頻密? _____
12. 在懷孕期間親生母親有否服食娛樂性藥物或毒品? 是 否
如果是,何種類? _____ 多頻密? _____
13. 親生母親之前曾經懷孕過嗎? 是 否
如果是的話,多少次? _____
之前任何懷孕或分娩有沒有任何的問題? 是 否
請解釋 _____
14. 嬰兒父母的種族/族裔: 母親 _____ 父親 _____
15. 嬰兒有否印第安人血統? 不知道 是 否
如果是,部落的名稱是? _____ 從那個州來的? _____

**請告訴我們如果生母, 生父, 或任何其親屬過去或
現在有下面列出任何的醫療狀況。**

疾病類型	和孩子的關係 (母親, 父親, 祖父母, 阿姨, 叔叔) 請說明是母親或父親的親屬	患病開始年齡
<input type="checkbox"/> 愛滋病毒或愛滋病	<input type="checkbox"/> 母親 <input type="checkbox"/> 父親	
<input type="checkbox"/> 性傳播疾病 什麼種類? _____	<input type="checkbox"/> 母親 <input type="checkbox"/> 父親	
<input type="checkbox"/> 癌病 什麼類型? _____	<input type="checkbox"/> 母親 <input type="checkbox"/> 父親	
<input type="checkbox"/> 癲癇症	<input type="checkbox"/> 母親 <input type="checkbox"/> 父親	
<input type="checkbox"/> 精神疾病 什麼類型? _____	<input type="checkbox"/> 母親 <input type="checkbox"/> 父親	
<input type="checkbox"/> 高血壓	<input type="checkbox"/> 母親 <input type="checkbox"/> 父親	
<input type="checkbox"/> 心臟病	<input type="checkbox"/> 母親 <input type="checkbox"/> 父親	
<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 母親 <input type="checkbox"/> 父親	
<input type="checkbox"/> 囊性纖維化	<input type="checkbox"/> 母親 <input type="checkbox"/> 父親	
<input type="checkbox"/> 腎臟問題 什麼類型? _____	<input type="checkbox"/> 母親 <input type="checkbox"/> 父親	
<input type="checkbox"/> 聽覺, 視力, 或言語問題 什麼類型? _____	<input type="checkbox"/> 母親 <input type="checkbox"/> 父親	
<input type="checkbox"/> 哮喘	<input type="checkbox"/> 母親 <input type="checkbox"/> 父親	
<input type="checkbox"/> 肺結核	<input type="checkbox"/> 母親 <input type="checkbox"/> 父親	
<input type="checkbox"/> 鎌狀細胞疾病	<input type="checkbox"/> 母親 <input type="checkbox"/> 父親	
<input type="checkbox"/> 學習延遲/特殊教育	<input type="checkbox"/> 母親 <input type="checkbox"/> 父親	
<input type="checkbox"/> 過敏 什麼類型? _____	<input type="checkbox"/> 母親 <input type="checkbox"/> 父親	
<input type="checkbox"/> 關節炎 什麼類型? _____	<input type="checkbox"/> 母親 <input type="checkbox"/> 父親	
<input type="checkbox"/> 其它 什麼類型? _____	<input type="checkbox"/> 母親 <input type="checkbox"/> 父親	

請提供任何其它現在或將來我們可以幫助孩子提供最好的醫療保健的資料。(你可以使用額外的頁紙)