儿童环境安全家长问卷 -R

亲爱的家长或看护人：做家长并不容易，我们希望能帮助家长们为孩子营造安全的成长环境。 因此，我们需要向您询问一些影响着许多家庭的问题。若您的家庭存在问题，我们将会努力提供帮助。

请回答与您今天前来体检的孩子有关的问题。若您今天有多个孩子接受体检，只要其中某个孩子与提问的问题有关，就请您回答“是”。您可以跳过任何不愿意回答的问题。除非我们担心您孩子的安全问题，否则我们将对您提供的所有信息进行严格保密。

今天的日期: ___/___/____ 孩子的姓名: _____

孩子的出生日期: ___/___/____ 您与孩子的关系: _____

请选择

□ 是 □ 否 您想要我们为您提供中毒控制中心的电话号码吗?

□ 是 □ 否 您家里需要一个烟雾报警器吗?

□ 是 □ 否 您家中是否有人在家里吸烟?

□ 是 □ 否 在过去的 12 个月里，您是否曾担心在您能购买更多的食物之前，家里的食物就会耗尽?

□ 是 □ 否 在过去的 12 个月里，您是否曾担心现有的食物根本不够维持生活，但您又没有足够的钱购买更多食物?

□ 是 □ 否 您是否常常对照顾自己的孩子感到力不从心?

□ 是 □ 否 您有时候会有想打孩子的冲动吗?

□ 是 □ 否 您是否希望自己在照顾孩子的事情上能得到更多帮助?

□ 是 □ 否 您是否常常感觉自己处于极大的压力之中?

□ 是 □ 否 在过去的两周里，您是否经常感到消沉，抑郁，甚至是绝望?

□ 是 □ 否 在过去的两周里，您是否在做事情时感觉不到有趣或愉快?

在过去的三个月中:

□ 是 □ 否 您跟您的配偶是否经常吵架?

□ 是 □ 否 您的配偶是否曾威胁、推搡、殴打或踢踹过您，或以任何形式在肢体上伤害过您?

□ 是 □ 否 您是否曾在一天之内饮酒量达到 4 杯或 4 杯以上?

□ 是 □ 否 您是否曾使用过违禁药物，或出于非医用原因使用过处方药?

□ 是 □ 否 其它需要帮助的问题或困难: _____

请将此表格交给您今天就诊的医生或护士。我们希望您能与医生讨论问卷中提到的问题。谢谢!

© 2020, SEEK