2 to 4 Week
Well Check Questionnaire

Please answer these questions about your child.
Skip any questions that you cannot answer or that do not apply.
Your answers will help us provide you and your child with the best possible care.

Do you have any questions or concerns that you would like to discuss with your doctor? ☐ **Yes** ☐ **No**

If yes, please describe: _____

NUTRITION

1. How is feeding your child going?
   ☐ **Not well/have questions or concerns** ☐ **Okay** ☐ **Very well**
2. What does your child eat?
   ☐ **Only breast milk** ☐ **Some breast milk, some formula** ☐ **Only formula**

If your child is breastfeeding: *[If your child is **not** breastfeeding, please skip to **SAFETY**.]*

3. Does your child's mother take any medications (prescription or over-the-counter), herbs, or supplements? . . . . . ☐ **Yes** ☐ **No**
   If yes, please list: _____
4. Do you give your child vitamin D drops? . . . . . ☐ **No** ☐ **Yes**

SAFETY

5. Where does your child sleep? . . . . . ☐ **In bed with parent(s)** ☐ **Bassinet or crib**
6. Do you always put your child to sleep on his or her back? . . . . . ☐ **No** ☐ **Yes**
7. Do you place your child in a rear-facing car seat in the backseat for every car ride? ☐ **No** ☐ **Yes**
8. Have you turned your water heater temperature down to low/warm (less than 120°F)? . . . . . ☐ **No** ☐ **Yes**
9. Do you know that a rectal temperature over 100.4°F, vomiting, or poor feeding can mean that your child is very sick and that you should call the Appointment and Advice line right away? . . . . . ☐ **No** ☐ **Yes**

YOUR GROWING CHILD

10. Does your child look at faces? . . . . . ☐ **Not yet** ☐ **Somewhat** ☐ **Yes, often**
11. Does your child cry for more than 3 hours each day? . . . . . ☐ **Yes** ☐ **No**

FAMILY LIFE

12. Who takes care of your child (other than you)? Check all that apply:
    ☐ **Child's parent(s)/other family** ☐ **Day care** ☐ **Other** ☐ **No one else**
13. Do you wash your hands before picking up or feeding your child? . . . . . ☐ **No** ☐ **Yes**
14. Do you ever hit or shake your child when feeling angry or frustrated? . . . . . ☐ **Yes** ☐ **No**

For mother of child:

Over the past 2 weeks, how often have you been bothered by any of the following problems?

15. Little interest or pleasure in doing things?
    ☐ **Not at all** ☐ **Several days** ☐ **More than half the days** ☐ **Nearly every day**
16. Feeling down, depressed, or hopeless?
    ☐ **Not at all** ☐ **Several days** ☐ **More than half the days** ☐ **Nearly every day**

00244-038 (Revised 8/15)

KAISER PERMANENTE®

2至4週
健康核查問卷

請回答以下有關您孩子的問題。
請跳過任何您無法回答或不適用的問題。
您的回答將幫助我們為您和孩子提供最佳護理。

您有任何疑問或顧慮想要咨詢醫生嗎？ ☐ 是 ☐ 否
如果回答「是」，請說明：_____

營養

1. 餵食過程順利嗎？
   ☐ 不順利/有疑問或顧慮 ☐ 還可以 ☐ 非常順利
2. 您給孩子吃什麼？
   ☐ 僅母乳 ☐ 部分母乳，部分奶粉 ☐ 僅奶粉

如果您的孩子喝母乳： *[如果您的孩子現在**不**喝母乳，請直接跳至「**安全**」。]*

3. 孩子的母親是否服用任何藥物（處方藥或非處方藥）、草藥或營養補充品？ ☐ 是 ☐ 否
   如回答「是」，請列示：_____
4. 您給孩子服用維生素D滴劑嗎？ ☐ 否 ☐ 是

安全

5. 您的孩子睡在哪裡？ ☐ 和父母同床 ☐ 嬰兒籃或嬰兒床
6. 您總是讓孩子仰睡嗎？ ☐ 否 ☐ 是
7. 您每次開車帶孩子出門時，是否讓孩子坐在後座的兒童安全座椅上，面朝後方？ ☐ 否 ☐ 是
8. 您是否將熱水器溫度向下調至「低/溫」（低於120°F）？ ☐ 否 ☐ 是
9. 您是否知道，當孩子肛溫超過100.4°F、嘔吐或進食困難時，可能表示孩子病重，應立即致電「預約與諮詢」專線？ ☐ 否 ☐ 是

成長中的孩子

10. 您的孩子會注視人臉嗎？ ☐ 還不會 ☐ 稍微 ☐ 是，經常
11. 您的孩子每天哭的時間是否超過3小時？ ☐ 是 ☐ 否

家庭生活

12. （除您之外）誰在照顧您的孩子？勾選所有適用選項：
    ☐ 孩子的父母/其他家人 ☐ 日間托兒 ☐ 其他 ☐ 無其他人
13. 您抱孩子或餵食前會洗手嗎？ ☐ 否 ☐ 是
14. 您生氣或感覺受挫時責打或搖晃過孩子嗎？ ☐ 是 ☐ 否

由孩子的母親回答：

過去2週以來，您受以下任何問題困擾的頻率是？

15. 做事失去興致或樂趣？ ☐ 完全不會 ☐ 有幾天 ☐ 一半時間以上 ☐ 幾乎每天
16. 感覺心情低落、抑鬱或無望？ ☐ 完全不會 ☐ 有幾天 ☐ 一半時間以上 ☐ 幾乎每天

00244-038 (Revised 8/15)

KAISER PERMANENTE®