

เรียน พ่อแม่หรือผู้ปกครอง

การเป็นพ่อแม่ที่ไม่ใช่เรื่องง่ายเสมอไป หนึ่งในงานที่สำคัญที่สุดของเราที่ศูนย์สุขภาพเด็ก (BVC) คือ การให้ความช่วยเหลือครอบครัวเพื่อให้เด็ก ๆ มีสภาพแวดล้อมบ้านที่ปลอดภัย ด้วยเหตุนี้ เราจึงเสนอให้ครอบครัวทั้งหมดที่มาเยี่ยมเราตอบคำถามด้านล่างนี้

คำถามเกี่ยวกับสิ่งที่สามารถส่งผลกระทบต่อครอบครัวต่าง ๆ ได้ คำถามเกี่ยวกับคุณและลูกที่มาเยี่ยมศูนย์สุขภาพวันนี้ การกรอกแบบฟอร์มเป็นไปด้วยความสมัครใจ และคุณสามารถเลือกได้ว่าจะตอบคำถามทั้งหมด ตอบบางคำถาม หรือไม่ตอบคำถามใดเลย

เพศของลูก: _____ อายุของลูก: _____ ปี _____ เดือน เพศของพ่อแม่: _____

- ใช่ ไม่ คุณทราบหมายเลขโทรศัพท์ที่จะโทรหรือไม่ หากลูกของคุณกลืนบางสิ่งที่เป็นอันตรายลงไป
- ใช่ ไม่ คุณได้ติดตั้งสัญญาณตรวจจับควันในบ้านของคุณหรือไม่
- ใช่ ไม่ มีใครในบ้านของคุณที่สูบบุหรี่หรือไม่
- ใช่ ไม่ ในช่วงปีที่ผ่านมา คุณเคยกังวลว่าเงินของคุณจะไม่พอใช้สำหรับเดือนทั้งเดือนใช่หรือไม่
- ใช่ ไม่ ในช่วงปีที่ผ่านมา คุณไม่สามารถที่จะซื้ออาหารหรือเสื้อผ้าที่ลูกของคุณต้องการได้ใช่หรือไม่
- ใช่ ไม่ คุณรู้สึกแย่ ซึมเศร้าหรือมีความรู้สึกสิ้นหวังในช่วงไม่กี่เดือนที่ผ่านมาใช่หรือไม่
- ใช่ ไม่ ในช่วงไม่กี่เดือนที่ผ่านมา คุณรู้สึกไม่ผ่อนคลายหรือมีความสุขไปกับสิ่งที่ลูกมักจะเพิลิดเพลินไปกับมันหรือสิ่งที่ลูกสนใจใช่หรือไม่
- ใช่ ไม่ คุณมักจะรู้สึกเครียดมากใช่หรือไม่
- ใช่ ไม่ คุณรู้สึกว่าลูกของคุณนั้นดูแปลกเป็นพิเศษใช่หรือไม่
- ใช่ ไม่ คุณต้องการความช่วยเหลือเพิ่มเติมเกี่ยวกับลูกของคุณใช่หรือไม่
- ใช่ ไม่ คุณกังวลว่าคุณอาจจะไม่สามารถควบคุมลูกของคุณได้ใช่หรือไม่
- ใช่ ไม่ คุณชีวิตในปัจจุบันหรือในอดีตของคุณเคยทำให้คุณรู้สึกแย่ ถูก หรือใช้กำลังควบคุมคุณหรือไม่ ยกตัวอย่างเช่น ดัดสันใจว่าคุณสามารถพบใครได้บ้าง คุณสามารถใช้เงินได้เท่าใด และเสื้อผ้าชิ้นใดที่คุณสามารถใส่ได้
- ใช่ ไม่ คุณชีวิตในปัจจุบันหรือในอดีตของคุณเคยถูกกลั่นแกล้ง ตี เคาะหรือทำร้ายร่างกายด้วยวิธีอื่น ๆ ใช่หรือไม่
- ใช่ ไม่ คุณเคยกลัวชีวิตของคุณหรือบุคคลอื่นในแวดวงคนรู้จักของคุณหรือไม่

คุณดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์บ่อยเพียงใด

ไม่เคยดื่มเลย หนึ่งครั้งต่อเดือนหรือน้อยกว่านั้น 2-4 ครั้งต่อเดือน 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ 4 ครั้งขึ้นไปต่อสัปดาห์

คุณดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (ดูตัวอย่างด้านล่าง) มากเพียงใดในวันปกติเมื่อคุณดื่ม

1-2 ครั้ง 3-4 ครั้ง 5-6 ครั้ง 7-9 ครั้ง 10 ครั้งขึ้นไป

คุณดื่มเครื่องดื่ม 6 แก้วขึ้นไปในครั้งเดียวบ่อยเพียงใด

ไม่เคยดื่มเลย น้อยกว่าเดือนละครั้ง ทุกเดือน ทุกสัปดาห์ ทุกวันหรือเกือบทุกวัน



ใช่ ไม่ มีปัญหาอื่น ๆ อีกหรือไม่ที่คุณต้องการที่จะรับความช่วยเหลือในวันนี้

ขอบคุณมาก!