

건강 위해성 평가(HRA)

회원님께,

아래 질문에 답해 주시면 건강한 기분을 유지하고 건강을 개선할 수 있도록 계속 지원해드리는 방법을 찾는 데 도움이 됩니다. 최대한 많은 질문에 답하신 후 이 양식을 동봉된 우편료 선불 봉투에 넣어 반송해 주십시오.

MBI 번호	가입자 ID 번호	발효일	집 전화번호	플랜
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
이름	성	생년월일	성별	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> F	
주소	도시	주	우편 번호	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
휴대폰 번호	이메일 주소			
<input type="text"/>	<input type="text"/>			

어떤 방법으로 연락하는 것을 선호하십니까? 휴대폰 이메일

집에서 다음 중 하나를 사용하십니까?

태블릿 또는 스마트폰 랩탑 또는 데스크탑 컴퓨터 케이블 TV 없음

집에서 인터넷에 접속할 수 있습니까?

예 아니요 잘 모름

가상/원격 의료 제공자의 가상/원격 의료 방문이 가능합니까?

예 아니요 잘 모름

다학제 진료 팀(ICT) 리뷰에 참여하시겠습니까?

예 아니요 잘 모름

Brand New Day가 저에게 제 플랜에 대한 정보를 보내는 데 동의합니다. 예 아니요

주치의

Sales Agent Information

If someone helped you fill out this application he/she must complete the information below and sign:

Name of Staff/Agent/Broker (Print Name)

Signature

Date

Relationship to Enrollee

Agent NPN

Agent Phone Number

Agent License Number

FMO

섹션 A: 의료

A1: 귀하의 건강 등급이 대체로 어떠하다고 생각하십니까?

우수 매우 양호 양호 보통 나쁨

A2: 지난 12개월 동안 환자로서 병원에서 하룻밤을 보낸 적이 있습니까?

아니요 1-2회 3-5회 6개월 이상

A3: 주당 몇 회 운동을 합니까?

5일 이상 4-3일 2-1일 거의 하지 않음

A4: 신장이 어떻게 됩니까? _____ **A5:** 몸무게(lbs)는 어떻게 됩니까? _____

A6: 의도하지 않았는데 지난 6개월 사이에 10파운드가 빠지거나 늘었습니까? 예 아니요

A7: 올해 독감 예방 주사를 맞으셨나요? 예 아니요

A8: 폐렴 백신을 맞은 적이 있습니까? 예 아니요

예라고 답한 경우, 언제 맞으셨나요? _____

A9: 대장 내시경 검사를 받은 적이 있습니까? 예 아니요

예라고 답한 경우, 언제 받으셨나요? _____ 검사 장소: _____

A10: 재택 의료 서비스를 이용하고 계십니까? 예 아니요

A11: 지난 한 달 동안 쓰러지신 적이 있습니까? 예 아니요

A12: 의사로부터 다음 질환을 진단받은 적이 있습니까?

암 치매 당뇨병/고혈당 정신 건강 문제 없음

A13: 부모와 형제자매 중에 당뇨병을 앓는 분이 계십니까? 예 아니요

A14: 현재 담배를 피우시나요? 예 아니요

A15: 하루에 담배를 평균 몇 개씩 피우십니까? _____

A16: 담배를 몇 년 동안 피우셨습니까? _____

A17: 현재 DME(내구성 의료 장비) 또는 의료 기기를 사용하고 있습니까? 예 아니요

A18: A17에서 예라고 답변한 경우, 아래에서 어떤 장비 또는 의료 기기인지 선택해 주십시오.

휠체어 보행 보조기 지팡이 변기 겸용 의자

욕창 방지 매트리스 병원 침대 변좌 기저귀

CPAP 장비/수면 무호흡 산소 욕실 의자 도뇨관

기타: _____

섹션 A: 의료

A19: 어떤 약품 알레르기가 있으십니까? _____

A20: 약 복용을 가끔 잊으십니까?

 예 아니요

A21: 어떤 약을 복용하십니까? _____

A22: 코로나 백신을 맞은 적이 있습니까?

 예 아니요

백신 이름에 동그라미 표시해 주십시오. Moderna / Pfizer / Johnson & Johnson (Janssen) / Covidencia / 기타: _____

예라고 답변한 경우: 1차 접종 날짜: _____ 2차 접종 날짜: _____

섹션 B: 행동 건강

B1과 B2에 대해, 지난 2주 동안 얼마나 자주 다음 문제로 괴로움을 겪었습니까?

B1: 어떤 일에도 흥미나 즐거움이 거의 없음:

 전혀 그렇지 않음 반나절 이상 며칠 거의 매일

B2: 울적하거나 우울하거나 절망적임:

 전혀 그렇지 않음 반나절 이상 며칠 거의 매일

B3: 가족/친구가 귀하의 기억에 대해 걱정합니까?

 예 아니요

B4: 알코올중독자 모임이나 약물중독자 모임에 참석하신 적이 있습니까?

 예 아니요

B5: 알코올 또는 약물 사용으로부터 현재 회복 중입니까?

 예 아니요

알코올:

한 잔 =

12온스(약 340
그램)맥주5온스(약 142
그램)와인1.5온스
(약 43그램)양주
(한 잔)

B6: 남성: 지난 1년 동안 하루에 5잔 이상을 마신 적은 몇 번입니까?

 없음 1회 이상

B7: 여성: 지난 1년 동안 하루에 4잔 이상을 마신 적은 몇 번입니까?

 없음 1회 이상

B8: 지난 1년 동안 기분 전환을 위한 약물 또는 비의료적인 목적으로 처방약을 사용한 적은 몇 번입니까?

 없음 1회 이상

기분 전환을 위한 약물에는 메스암페타민(스피드, 크리스털), 대마초(마리화나, 팟), 흡입제(페인트 희석제, 에어로졸, 접착제), 신경 안정제(바륨), 바르비투레이트, 코카인, 엑스터시, 환각제(LSD, 환각 버섯), 또는 마취제(헤로인) 등이 있습니다.

섹션 B: 행동 건강

B9: 교제의 부족을 얼마나 자주 느끼니까?

 거의 느끼지 않음 가끔 자주 거의 매일

B10: 소외감을 얼마나 자주 느끼니까?

 거의 느끼지 않음 가끔 자주 거의 매일

B11: 타인으로부터 고립을 얼마나 자주 느끼니까?

 거의 느끼지 않음 가끔 자주 거의 매일

섹션 C: 일상생활 활동

C1: 나는:

 수면 중 호흡을 멈춘다 코를 곤다 해당 없음

C2: 졸음으로 인해:

 자동차 사고가 난 적이 있다 주행 중 사고가 날 뻔했다 해당 사항 없음

C3: 밤에:

 숨이 가쁘거나 숨이 막혀 깬다 자주 깬다 화장실에 가기 위해 깬다 해당 없음

C4: 낮에 나는:

 나도 모르게 졸음을 느끼거나 '깜박 잠'이 든다? 아침에 두통이 있다? 기억력이나 집중력에 어려움이 있다? 해당 없음

C5: 거주지가 어떤 곳입니까?

 단독 주택, 아파트, 콘도 또는 이동식 주택 생활지원 아Part 또는 기숙사 및 요양원 양로원 해당 사항 없음

C6: 누구와 함께 사십니까? _____

C7: 필요할 때 며칠 동안 귀하를 돌봐 줄 수 있는 친구, 친척 또는 이웃이 있습니까?

 예 아니요 이름: _____ 전화번호: _____

C8: 진찰을 위해 병원을 왕복할 교통수단이 있습니까?

 예 아니요

C9: 사전의료의향서를 작성하십니까?

 예 아니요

C10: 연명치료계획서(POLST)를 작성하십니까?

 예 아니요

섹션 D: 바르텔 지수

각 섹션에 대해 귀하를 가장 잘 설명하는 확인란에 표시하십시오.

섭식	
불가	0 <input type="checkbox"/>
자르기, 버터 바르기 등에 도움이 필요하거나 식단을 조절해야 함	5 <input type="checkbox"/>
혼자서 가능함	10 <input type="checkbox"/>
목욕	
혼자서 가능하지 않음	0 <input type="checkbox"/>
혼자서 가능함(또는 샤워)	5 <input type="checkbox"/>
몸단장	
개인 관리에 도움이 필요함	0 <input type="checkbox"/>
혼자서 얼굴/머리/치아/면도 가능(도구 제공)	5 <input type="checkbox"/>
옷 입기	
혼자서 가능하지 않음	0 <input type="checkbox"/>
도움이 필요하지만 도움 없이 절반 정도는 할 수 있음	5 <input type="checkbox"/>
혼자서 가능함(단추, 지퍼 잠그기, 끈 묶기 등 포함)	10 <input type="checkbox"/>
배변	
배설 자제 불가(또는 관장을 해야 함)	0 <input type="checkbox"/>
가끔 배변 실수	5 <input type="checkbox"/>
배설 자제력이 있음	10 <input type="checkbox"/>
방광	
배설 자제 불가 또는 도뇨관을 사용하거나 혼자 관리할 수 없음	0 <input type="checkbox"/>
가끔 배뇨 실수	5 <input type="checkbox"/>
배설 자제력이 있음	10 <input type="checkbox"/>
변기 사용	
혼자서 가능하지 않음	0 <input type="checkbox"/>
도움이 필요하지만 혼자 할 수 있는 일이 있음	5 <input type="checkbox"/>
혼자서 가능함(앉기 및 일어서기, 옷 입기, 닦기)	10 <input type="checkbox"/>
이동(침대에서 의자까지 이동 및 복귀)	
불가능, 앉은 자세에서 균형을 유지하지 못함	0 <input type="checkbox"/>
많은 도움이 필요함(한 사람 또는 두 사람, 신체적), 앉을 수 있음	5 <input type="checkbox"/>
가벼운 도움이 필요함(언어적 또는 신체적)	10 <input type="checkbox"/>
혼자서 가능함	15 <input type="checkbox"/>
이동성(평평한 지면)	
움직이지 못하거나, 50 야드 이하	0 <input type="checkbox"/>
휠체어로 혼자서 가능함, 코너 포함, 50 야드 이상	5 <input type="checkbox"/>
한 사람의 도움으로 보행 가능(언어적 또는 신체적), 50 야드 이상	10 <input type="checkbox"/>
혼자서 가능함(하지만 보조 기구 사용할 수 있음, 예: 지팡이), 50 야드 이상	15 <input type="checkbox"/>
계단	
불가	0 <input type="checkbox"/>
도움이 필요함(언어적, 신체적, 보조 기구 휴대)	5 <input type="checkbox"/>
혼자서 가능함	10 <input type="checkbox"/>

총점(0-100):