

건강 위해성 평가(HRA)

주의: 이 양식을 작성하여 제출했다면 다시 작성할 필요가 없습니다.

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. 작성된 HRA를 우편으로 보내시고 10\$의 리워드 플러스 카드를 받으십시오!

MBI 번호	회원 ID 번호	발효일	집 전화	플랜
<HEALTH_ID>	<MEM_ID>	<EFF_DT>	<PHONE>	<MEDICARE_PBP>
이름	성	생년월일	성별	
<MEM_FIRST_NAME>	<MEM_LAST_NAME>	<DOB>	<input type="checkbox"/> 남	<input type="checkbox"/> 여
주소	시	주	우편번호	
<ADDR1>	<CITY>	<STATE>	<ZIP>	
휴대폰 번호	이메일 주소			
<input type="text"/>	<input type="text"/>			

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

어떤 방법으로 연락하는 것을 선호하십니까?

휴대폰

이메일

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

DATE

AGENT PHONE NUMBER

AGENT LICENSE NUMBER

FMO

섹션 A: 의료

A1: 귀하의 건강 등급이 대체로 어떠하다고 생각하십니까? 대단히 좋음 매우 좋음 양호 보통 좋지 않음

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

아니요 1~2회 3~5회 6개월 이상

A3: 주당 몇 회 운동을 합니까? 5일 이상 3~4일 1~2일 거의 안 함 전혀 안 함

A4: 신장이 어떻게 됩니까? A5: 몸무게가 어떻게 됩니까? lbs

A6: 의도하지 않았는데 지난 6개월 사이에 10파운드(약 4.5kg)가 빠지거나 늘었습니까? 예 아니요

A7: 올해 독감 예방 주사를 맞으셨습니까? 예 아니요

A8: 폐렴 백신을 맞은 적이 있습니까? 예 아니요

예라고 답변한 경우, 언제입니까?

A9: 대장 내시경 검사를 받은 적이 있습니까? 예 아니요

검사 시기: 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

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

A14: 하루에 담배를 평균 몇 개씩 피우십니까?

A15: 담배를 몇 년 동안 피우셨습니까?

A16: 현재 DME(내구성 의료 장비) 또는 의료 기기를 사용하고 있습니까? 예 아니요

A17: A16 에서 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 목욕 의자 도뇨관

기타:

A18: 어떤 약품 알레르기가 있습니까?

A19: 가끔씩 약을 복용하는 것을 잊습니까? 예 아니요

A20: 어떤 약을 복용하십니까?

섹션 B: 행동 건강

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

B1: 어떤 일에도 흥미나 관심이 거의 없음:

전혀 그렇지 않음 하루 중 절반 이상 여러 날 거의 매일

B2: 울적하거나 우울하거나 절망적임:

전혀 그렇지 않음 하루 중 절반 이상 여러 날 거의 매일

B3: 가족/친구가 귀하의 기억력에 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 =



12 oz.
(약 340 g.)
맥주



5 oz.
(약 142 g.)
와인



1.5 oz.
(약 43 g.)
증류주 (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

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

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

없음 1회 이상

B9: 교제의 부족을 얼마나 자주 느낍니까?

거의 없음 가끔 자주

B10: 소외감을 얼마나 자주 느낍니까?

거의 없음 가끔 자주

B11: 타인으로부터 고립을 얼마나 자주 느낍니까?

거의 없음 가끔 자주

섹션 C: 일상 생활 활동

- C1:** 다음에 해당하십니까? 코 골기 수면 중 호흡 정지 해당 사항 없음
- C2:** 졸음 때문에 다음과 같은 일이 발생한 적이 있습니까? 자동차 충돌 사고 운전 중 사고 위기 해당 사항 없음
- C3:** 밤에 다음과 같은 경우가 발생한 적이 있습니까? 숨이 막히거나 질식할 것 같아 잠에서 깬 잠에서 자주 깬 깨서 화장실에 감 해당 사항 없음
- C4:** 낮에 다음과 같은 경우가 발생한 적이 있습니까? 원치 않게 졸리거나 실제로 잠이 들 오전에 두통이 생김 기억하고 집중하는 데 어려움을 겪음 해당 사항 없음
- C5:** 거주지가 어떤 곳입니까? 단독 주택, 아파트, 콘도 또는 이동식 주택 양로원 생활지원 아파트 또는 기숙사 및 요양원 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: _____ 전화: _____
- C8:** 진찰을 위해 병원을 왕복할 교통수단이 있습니까? 예 아니요
- C9:** 사전의료의향서를 작성하십니까? 예 아니요
- C10:** 연명치료계획서(POLST)를 작성하십니까? 예 아니요

섹션 D: 기능 평가

D1: 목욕

스스로 완전히 목욕할 수 있거나, 신체의 한 부위를 씻는 데 도움이 필요함

 1

신체의 한 부위 이상을 씻거나 욕조에 들어가고 나가는 데 도움이 필요함

 0

D2: 옷 입기

옷장, 서랍장에서 옷을 꺼내 입고 지퍼를 잠금. 신발 끈을 묶는 데 도움이 필요할 수 있음

 1

스스로 옷을 입는 데 도움이 필요하거나 위아래 옷을 전부 입혀줘야 함

 0

D3: 화장실 사용

변기로 가서 앉고 일어서며, 옷을 추스르고, 생식기 부위를 도움 없이 닦음

 1

화장실로 이동하거나 몸을 닦는 데 도움이 필요하거나, 환자용 변기를 사용함

 0

D4: 이동

누구의 도움도 없이 침대에 눕고 일어 나며 의자에 앉고 일어섬(이동 시 보조기의 힘을 빌리는 도움은 허용)

 1

침대에서 의자로 이동 시 도움이 필요하거나 이동 전반에 도움 필요

 0

D5: 자제

배뇨와 배변을 완전히 통제할 수 있음

 1

부분적으로나 완전히 배뇨 또는 배변을 통제할 수 없음

 0

D6: 식사

누구의 도움 없이도 접시에서 입으로 음식물을 넣음(음식 준비는 다른 사람이 해줄 수 있음)

 1

섭식 시 부분적 또는 완전한 도움이 필요하거나 비경구식 영양 섭취 필요

 0

총점