

## 健康風險評估 (HRA)

回答下面的問題可以幫助我們找到讓您持續感覺良好和改善健康的方法。請盡可能多地回答問題，請將此表格裝入預付費信封中寄回。寄回填好的HRA，您可賺取\$25的獎勵！

Medicare ID 號碼	會員ID號碼	計劃	生效日期
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
會員名字	會員姓氏	出生日期	性別
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 其他
地址	城市	州	郵編
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
住家電話號碼	手機號碼	電子郵件地址	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

您比較喜歡哪種通訊方式？  住家電話  手機

您在家使用下列任何一種設備嗎？

平板電腦或智能型手機  筆記本電腦或桌上型電腦

您在家能上網嗎？  是  否

您是否願意與您的醫療照護提供者進行虛擬/遠距醫療就診？  是  否

如果您有 Medi-Cal，您的 Medi-Cal 醫生與您的 Medicare 醫生不同，那麼您的 Medi-Cal 醫生是誰？

如果您有 Medi-Cal，您的健康計劃是誰（保險提供者）？

如果您有 Medi-Cal，您的牙醫是誰？

如果您有 Medi-Cal，協調您 Medi-Cal 服務的 Medi-Cal 全面照護經理 (ECM) 或社工人員是誰？他們的電話號碼是什麼？

如果您有 Medi-Cal，您目前正在使用哪些服務？

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 居家支援服務 (IHSS)        | <input type="checkbox"/> 縣心理健康服務                 |
| <input type="checkbox"/> 基於社區的成人服務 (CBAS)     | <input type="checkbox"/> 縣物質濫用障礙服務               |
| <input type="checkbox"/> Medi-Cal 交通服務        | <input type="checkbox"/> 阿茲海默症協會                 |
| <input type="checkbox"/> Medi-Cal 牙科福利        | <input type="checkbox"/> 居家與社區基礎服務<br>(1902豁免計劃) |
| <input type="checkbox"/> 通過Medi-Cal 提供社區支持提供者 | <input type="checkbox"/> 區域中心服務                  |
| <input type="checkbox"/> 住房和無家可歸提供者           |  |

### 家庭醫生

您是

- |                              |                                |                              |
|------------------------------|--------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 就業中 | <input type="checkbox"/> 永久殘疾中 | <input type="checkbox"/> 退休中 |
| <input type="checkbox"/> 失業中 | <input type="checkbox"/> 短期殘疾中 |                              |

您偏好使用何種口語溝通語言進行醫療照護？

- |                               |   |                              |                                  |
|-------------------------------|---|------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 英語   | <input type="checkbox"/> 中文(包括粵語<br>普通話、閩南語、<br>其他方言) | <input type="checkbox"/> 韓語  | <input type="checkbox"/> 不便透露    |
| <input type="checkbox"/> 西班牙語 |   | <input type="checkbox"/> 越南語 | <input type="checkbox"/> 其他, 請說明 |
- 

您偏好使用何種書面溝通語言進行醫療照護？

- |                               |   |                              |                                  |
|-------------------------------|---|------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 英語   | <input type="checkbox"/> 中文(包括粵語<br>普通話、閩南語、<br>其他方言) | <input type="checkbox"/> 韓語  | <input type="checkbox"/> 不便透露    |
| <input type="checkbox"/> 西班牙語 |   | <input type="checkbox"/> 越南語 | <input type="checkbox"/> 其他, 請說明 |
-

## A 部分：醫療

**A1:** 一般而言，您如何評定自己的健康狀況？

極佳  非常好  好  一般  不佳

**A2:** 過去 12 個月內，您是否曾以患者的身份在醫院或照護機構（療養院）過夜？

否  1-2 次  3-5 次  超過 6 次

**A3:** 您有慢性疼痛嗎？  是  否

若有，是哪個部位？： \_\_\_\_\_

**A4:** 請用 0 分（無疼痛）到 10 分（嚴重疼痛、行動不便）對過去 30 天的疼痛程度打分？

答案 (0-10)： \_\_\_\_\_

**A5:** 您每週運動頻率為何？

5 天或以上  3-4 天  1-2 天  偶爾  從不

**A6:** 您的身高是多少？ \_\_\_\_\_ **A7:** 您的體重是多少？ \_\_\_\_\_ 磅

**A8:** 您是否曾接受下列項目？請勾選所有適用選項：

流感針劑  肺炎疫苗  大腸鏡檢查  COVID 疫苗

**A9:** 醫生是否曾告知您有下列病症？請勾選所有適用項目：

<input type="checkbox"/> 心臟衰竭	<input type="checkbox"/> 血凝塊	<input type="checkbox"/> 尿失禁
<input type="checkbox"/> 心血管疾病	<input type="checkbox"/> 心律不齊	<input type="checkbox"/> 腎臟透析
<input type="checkbox"/> 焦慮	<input type="checkbox"/> 骨質疏鬆	<input type="checkbox"/> 肺部疾病/慢性阻塞性肺疾病
<input type="checkbox"/> 關節炎	<input type="checkbox"/> 周邊血管疾病	<input type="checkbox"/> 慢性腎臟病
<input type="checkbox"/> 癌症	<input type="checkbox"/> 糖尿病/高血糖	<input type="checkbox"/> 抑鬱症
<input type="checkbox"/> 失智症	<input type="checkbox"/> 高血壓	<input type="checkbox"/> 精神分裂症
<input type="checkbox"/> 高膽固醇	<input type="checkbox"/> 肝硬化	<input type="checkbox"/> 躁鬱症
其他： _____		<input type="checkbox"/> 以上皆無

**A10:** 您是否有過敏症？  是  否

若有，請描述： \_\_\_\_\_

**A11:** 您多常忘記服藥？

幾乎每天  每週 2-4 次  每週 1 次  很少或從未

## B 部分：行為健康

針對 **B1** 和 **B2**，請回答您過去 30 天內多常因為下列狀況感到困擾？

**B1:** 對過去做過的事情沒有興趣或從中得不到快樂：

完全沒有  超過一半的日子  好幾天  幾乎每天

**B2:** 覺得低落、憂鬱或沒有希望：

完全沒有  超過一半的日子  好幾天  幾乎每天

**B3:** 您或您的家人/朋友是否擔心您的記憶力？  是  否

**B4:** 您多常感到有孤立感？

幾乎沒有  有些時候  常常

**B5:** 您目前是否恢復了飲酒或使用藥物？  是  否

**B6:** 您多常喝含酒精飲料？

從未  一個月 2 至 3 次  一週 4 次或以上  
 每個月一次或更少  一週 2 至 4 次  一個月 2 至 4 次

**B7:** 您是否吸菸或使用菸草？  是  否

**B8:** 過去一年中，您有多少次使用消遣性藥物或將處方藥用於非治療目的？  無  1 次或以上

## C 部分：日常起居活動

**C1:** 您居住在：

獨立的房屋、公寓、住宅大樓或行動房屋  療養院  
 生活輔助公寓或寄宿及護理之家  無家可歸/庇護所

**C2:** 您是否在使用居家健康服務？  是  否

**C3:** 您跟誰同住？

配偶  子女或親戚  獨居  朋友  其他

**C4:** 是否有朋友、親戚、照護者或鄰居協助您處理醫療需求？

是  否 若是，誰在協助？ \_\_\_\_\_

**C5:** 您是否認為您的照護者為您提供所需的所有幫助時有困難？

是  否

**C6:** 您是否擁有一份高級醫療指示/維持生命治療醫囑 (POLST) 或生前遺囑??  是  否

**C7:** 是否有人協助您進行醫療照護決定 (授權書) ?

是  否

若是, 誰在協助? \_\_\_\_\_ 電話號碼: \_\_\_\_\_

**C8:** 您害怕任何人嗎或有人傷害您嗎?  是  否

**C9:** 有人在您不知情的情況下使用您的錢嗎?  是  否

**C10:** 您是否與醫療照護提供者談過您自己希望接受維持生命治療, 或者希望接受到何種程度?

是  否

**C11:** 過去一個月您有跌倒過嗎?  是  否

**C12:** 您害怕跌倒嗎?  是  否

**C13:** 您目前是否使用耐久性醫療器材或醫療設備?  是  否

**C14:** 如果**C13**答是, 請選擇下方的器材或醫療設備:

<input type="checkbox"/> 輪椅	<input type="checkbox"/> 壓力床墊	<input type="checkbox"/> 醫院病床	<input type="checkbox"/> 如廁椅
<input type="checkbox"/> 助行器	<input type="checkbox"/> CPAP機器/睡眠呼吸中止	<input type="checkbox"/> 氧氣	<input type="checkbox"/> 洗澡椅
<input type="checkbox"/> 拐杖	<input type="checkbox"/> 座椅式便桶	<input type="checkbox"/> 尿布	<input type="checkbox"/> 導管

**C15:** 管理藥物:

我沒有困難  是, 我有困難  必須有人協助我才能進行此活動

**C16:** 填寫健康表格:

我沒有困難  是, 我有困難  必須有人協助我才能進行此活動

**C17:** 在醫生診療時回答問題:

我沒有困難  是, 我有困難  必須有人協助我才能進行此活動

**C18:** 您目前正在使用臨終關懷或安寧療護服務嗎?  是  否

**C19:** 您是否難以從事下列活動:

<input type="checkbox"/> 自己進食	<input type="checkbox"/> 移動 (如: 從床上移動到椅子上及相反)	<input type="checkbox"/> 外出拜訪家人或朋友
<input type="checkbox"/> 洗澡	<input type="checkbox"/> 行動能力 (平面)	<input type="checkbox"/> 搭車去看醫生或探望朋友
<input type="checkbox"/> 穿衣打扮	<input type="checkbox"/> 上下樓梯	<input type="checkbox"/> 使用您的手機
<input type="checkbox"/> 大便失禁或趕不及	<input type="checkbox"/> 管理金錢	<input type="checkbox"/> 去買食物
<input type="checkbox"/> 膀胱失禁趕不及	<input type="checkbox"/> 備餐	
<input type="checkbox"/> 上廁所	<input type="checkbox"/> 洗衣	
	<input type="checkbox"/> 做家事	

**C20:** 如果您在上述的活動中有困難, 您是否正在得到必要的幫助?

是  否

**C21:** 您是否有時候因為租金、帳單和藥物而資金不足？

是  否

**C22:** 在過去的12個月內，您曾擔心食物會在您有錢再買之前用完。

經常擔心  有時擔心  從未擔心

**C23:** 在過去的12個月內，您購買的食物經常不夠用，而您沒有錢再買更多。

經常發生  有時發生  從未發生

**C24:** 您現在的居住狀況如何？

我有一個穩定的住所

我目前有地方住，但擔心將來會失去它

我沒有穩定的住所（我暫時與他人同住，在旅館，庇護所，街頭露宿，海灘，車中，廢棄建築物，巴士或火車站，或者在公園中）

**C25:** 想想您居住的地方。以下哪些問題困擾著您？

**選擇所有適用項目**

臭蟲、螞蟻或老鼠等害蟲

烤箱或火爐不工作

黴菌

煙霧探測器缺失或不工作

含鉛油漆或鉛管

漏水

缺少暖氣

以上皆不適用

**C26:** 您可以在家中安全地居住並自如地移動嗎？  是  否

如果否，您居住的地方是否有以下情況：

良好的照明  是  否

外部有鎖的門  是  否

良好的暖氣  是  否

進入您家的樓梯或室內的樓梯  是  否

良好的冷氣  是  否

電梯  是  否

任何樓梯或坡道的扶手  是  否

使用輪椅的空間  是  否

熱水  是  否

明確的家居出口途徑  是  否

室內廁所  是  否

**C27:** 在過去的12個月內，缺乏可靠的交通是否使您無法參加醫療約診、會議、工作或獲得日常生活所需的物品？

是  否

## 銷售代理人資料

如果有人協助您填寫此申請表，該人必須填妥下面資料並簽名：

經辦人員/代理人/經紀人姓名 (印刷體姓名)

--	--	--

簽名

日期

--

--

與參保人關係

代理人NPN

--

--

代理人電話號碼

代理人執照號碼

FMO

--

--

--

本頁刻意留白

本頁刻意留白