

## 건강 위해성 평가(HRA)

회원님께,

아래 질문에 답해주시면 좋은 컨디션을 유지하고 건강을 개선하실 수 있도록 저희가 계속 도와드리는 방법을 찾는 데 도움이 됩니다. 최대한 많은 질문에 답하신 후 이 양식을 동봉된 우편료 선불 봉투에 넣어 반송해 주십시오.

MEDICARE ID#	가입자 ID#	발효일	집 전화	보험
<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"/> 여

주소	시	주	우편번호
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

휴대폰 번호	이메일 주소
<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

어떤 통신 방법을 선호하십니까?  휴대폰  이메일

주치의

## SALES AGENT INFORMATION

이 신청서를 작성하는 데 다른 사람의 도움을 받으셨으면 도와준 사람이 아래 정보를 작성하고 서명해야 합니다.

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 환자로서 병원에서 밤을 보낸 적이 있습니까?

아니요  1~2번  3~5번  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?  kg

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

A7: 올해 독감 예방 주사를 맞으셨습니까?  예  아니요

A8: 결장경 검사를 받으셨습니까?  예  아니요

검사 시기:  검사 장소:

A9: 가정 의료 서비스를 이용하고 계십니까?  예  아니요

A10: 지난 한 달 동안 넘어지신 적이 있습니까??  예  아니요

A11: 의사로부터 다음 질환을 진단받은 적이 있습니까?

암  치매  당뇨병/고혈당  정신 건강 문제

A12: 부모와 형제자매 중에 당뇨병을 앓는 분이 계십니까?  예  아니요

A13: 하루에 담배를 평균 몇 개씩 피우십니까?

A14: 담배를 몇 년 동안 피우셨습니까?

A15: 현재 DME(내구성 의료 장비) 또는 의료 기기를 사용하고 있습니까?  예  아니요

A16: A15에 예라고 답하셨으면 아래에서 사용 중인 장비 또는 의료 기기를 선택해 주십시오.

휠체어  보행기  지팡이  변기 겸용 의자

변압 매트리스  병원 침상  변좌  기저귀

CPAP 장비/수면무호흡  산소  목욕 의자  도뇨관

기타:

A17: 어떤 약품 알레르기가 있으십니까?

A18: 가끔씩 약을 복용하는 것을 잊습니까?  예  아니요

A19: 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    절반 이상    여러 날    거의 매일

B2: 울적하거나 우울하거나 절망적임:

전혀 그렇지 않음    절반 이상    여러 날    거의 매일

B3: 가족/친구가 귀하의 기억력에 대해 걱정합니까?

예    아니요

B4: 알코올 중독자 익명 모임이나 약물 중독자 익명 모임에 참석하신 적이 있습니까?

예    아니요

## 섹션 C: 일상 생활 활동

C1: 다음과 같은 증상이 있으십니까?

코골기

수면 중 호흡 정지

C2: 졸음 때문에 다음이 발생한 적이 있습니까?

자동차 충돌 사고

운전 중 사고 위기

C3: 밤에 다음과 같은 경우가 발생한 적이 있습니까?

숨이 막히거나 질식할 것 같아 잠에서 깸

잠에서 자주 깸

잠에서 깨어 화장실에 감

C4: 낮에 다음과 같은 경우가 발생한 적이 있습니까?

원치 않게 졸리거나 실제로 졸게 됨

오전에 두통이 생김

기억하고 집중하는 데 어려움을 겪음

C5: 어떤 곳에서 사십니까?

단독 주택, 아파트, 콘도 또는 이동 주택

장애인 개호 아파트 또는 하숙 및 케어 주택

양로원

C6: 누구와 함께 사십니까?

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

예    아니요

이름:

전화:

C8: 진찰을 위해 병원을 왕복할 교통수단이 있습니까?

예    아니요

C9: 사전의료의향서'를 작성하십니까?

예    아니요

C10: 연명치료계획서(POLST)를 작성하십니까?

예    아니요

## 섹션 D: 기능 평가

## D1: 목욕

스스로 완전히 목욕하거나, 신체 부위 하나를 씻는 데 도움이 필요함  1  
 두 신체 부위 이상의 목욕이나 욕조에 들어가고 나가는 데 도움이 필요함  0

## D2: 옷 입기

옷장, 서랍장에서 옷을 꺼내 입고 지퍼를 잠그며, 신발끈을 묶는 데 도움이 필요할 수 있음  1  
 옷을 입을 때 도움이 필요하거나 옷을 완전히 입혀야 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 침대나 의자에 들어가거나 나옴(이동 시 기계의 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 도움도 없이 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