

회원 이름:	회원 성:	중간 이니셜:
Clever Care 회원 MBI 번호:	생년월일:	HRA 작성 일자:
이메일 주소:	회원 전화번호:	
주치의(PCP) 이름:	HRA 작성 방법: ☐ 전화 ☐ 대면 ☐ 원격 의료/가상	
브로커 이름:	양식을 작성하는 사람의 NPN:	

본인에 대한 정보

귀하의 문화, 신념, 종교적 관습 또는 저희가 귀하에게 더 나은 서비스를 제공하는 데 도움이 될 수 있는 중요한 사항에 대해 설명해 주십시오.

1. 현재 주거 상황은 어떻습니까?

- ☐ 본인은 안정적인 거주지가 있습니다
 주거지 상실에 대한 걱정이 있으십니까?
☐ 아니요 ☐ 예. 설명해 주십시오: _____
- ☐ 본인은 주거지가 없습니다 (다른 사람의 집, 호텔, 보호소, 야외 노숙, 해변, 자동차, 또는 공원에서 거주)
 설명해 주십시오: _____

2. 현재 거주하는 곳에서 신체적, 정서적으로 안전하다고 느끼십니까?

- ☐ 예 ☐ 아니요

3. 현재 누구와 함께 거주하고 계십니까?

- ☐ 혼자 거주 ☐ 배우자, 가족, 또는 친구와 함께 거주
- ☐ 기타 (설명해 주십시오): _____

4. 지난 1년 동안, 현재의 파트너 또는 전 파트너에게 두려움을 느낀 적이 있습니까?

- ☐ 예 ☐ 아니요 ☐ 해당 사항 없음

5. 현재 고용되어 있으십니까?

☐ 예 ☐ 아니오

6. 지난 12개월 동안, 안정적인 교통수단의 부족으로 인해 진료 예약, 약속, 업무 또는 일상에 필요한 물품을 구하지 못한 적이 있으십니까?

- ☐ 예. 진료 약속을 지키지 못한 적이 있습니다.
- ☐ 예. 교통편 문제로 진료 외의 약속, 예약, 업무를 놓치거나 일상에 필요한 물품을 구하지 못한 적이 있습니다.
- ☐ 아니오

7. 지난 1년 동안, 귀하 또는 함께 거주하는 가족 구성원이 돈 부족, 접근성 부족, 또는 필요시 이용할 수 없어서 다음 항목들을 얻지 못한 적이 있으니까? 해당하는 모든 항목을 선택하십시오.

- ☐ 식품 ☐ 의약품 ☐ 아동/노인 돌봄
- ☐ 공공 서비스(유틸리티) ☐ 전화 ☐ 의류
- ☐ 의료 서비스(의료, 치과, 정신 건강, 시력)
- ☐ 기타: _____
- ☐ 없음

8. 사전 의료지시서(Advance Directive)를 작성하셨습니까? (본인이 의사 표현을 할 수 없는 경우, 지정된 의료 대리인이 귀하의 의료 결정을 전달할 수 있게 하는 방법)

☐ 예 ☐ 아니오

통증 스크리닝

9. 현재 또는 지난 2주 안에 통증을 경험한 적이 있으니까?

- ☐ 예 통증이 가장 심할 때, 그 정도는 얼마나 됩니까? (0에서 10, 10이 가장 심한 경우)
- ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10
- 통증을 관리하는 방법에 대해 의사 또는 다른 누군가와 상의하신 적이 있으니까?
- ☐ 예, 누구입니까? _____
- ☐ 아니오
- ☐ 아니오

10. 다음 중에서 사용하는 장비가 있다면 선택해 주십시오:

- ☐ 의치(틀니) ☐ 의료 경보 장치 ☐ 리프트 의자
- ☐ 부목(다리, 등) ☐ 이동 장비 ☐ 지팡이
- ☐ 요실금 용품(패드, 라이너) ☐ 안경/콘택트렌즈 ☐ 적응형 식사 도구
- ☐ 목욕 장비 ☐ 보행기 ☐ 침대 옆 간이 변기
- ☐ 보청기 ☐ 휠체어(수동, 전동)
- ☐ 기타: _____
- ☐ 보유/사용 중인 장비 없음
- ☐ 필요하지만 가지고 있지 않은 장비를 기재하십시오: _____

커뮤니케이션 연계

11. 의료 서비스 제공자(재택, 의료 및 정신 건강 서비스 제공자 포함)에게 귀하의 건강 관리에 필요한 사항이나 우려 사항을 얼마나 잘 소통할 수 있다고 느끼십니까?

- ☐ 매우 좋음. 문제 없음
☐ 좋음. 대부분의 경우 소통이 잘 된다고 느낌
☐ 보통. 필요 사항이나 우려 사항을 전부 다 소통할 수는 없지만, 어느정도는 가능
☐ 나쁨. 이해하는 데 종종 어려움을 겪음

설명해 주십시오: _____

12. 건강 관리와 관련한 의료 서비스 제공자의 지침을 이해하는 데 어려움이 있으십니까?

- ☐ 매우 좋음. 이해에 어려움이 없음
☐ 좋음. 이해하는데 거의 어려움이 없음
☐ 보통. 이해하는 데 가끔 어려움을 겪음
☐ 나쁨. 이해하는 데 종종 어려움을 겪음

설명해 주십시오: _____

13. 귀하의 최종 학력은 무엇입니까?

- ☐ 대학교 입학 이상 ☐ 고등학교 졸업/
GED(고졸학력검증시험) ☐ 고등학교 졸업 미만

본인의 건강

14. 전반적으로 귀하의 건강 상태를 어떻게 평가하시겠습니까? (하나를 선택하십시오.)

- ☐  매우 좋음 ☐  좋음 ☐  보통 ☐  나쁨

15. 지난 2주 동안 다음의 문제로 인해 얼마나 자주 불편함을 느끼셨습니까?

	전혀 없음	며칠	절반 이상	거의 매일
무언가에 대한 관심이나 즐거움이 거의 없음	☐	☐	☐	☐
울적함, 우울함 또는 절망감	☐	☐	☐	☐

16. 주변 사람들로부터 외로움이나 고립감을 얼마나 자주 느끼십니까?

- ☐ 전혀 ☐ 드물게 ☐ 가끔 ☐ 자주 ☐ 항상

17. 스트레스는 긴장하거나, 불안하거나, 걱정되거나, 밤에 잠을 잘 수 없을 정도로 마음이 괴로울 때 느끼는 것입니다. 귀하의 스트레스 정도는 어떻게 되십니까?

- ☐ 전혀 없음 ☐ 약간 ☐ 어느 정도 ☐ 많이 ☐ 매우 많이

18. 다음 나열된 건강 문제 중 가지고 있는 것이 있습니까? 해당되는 모든 항목을 선택하십시오.

☐ 심장 질환(심근경색, 심부전)

☐ 고혈압

☐ 당뇨병(고혈당)

☐ 폐 질환(천식, 만성 폐쇄성 폐질환)

☐ 정신 건강(우울, 불안)

☐ 기타(뇌졸중, 갑상선, 암): _____

19. 비처방 의약품(OTC) 및 보충제를 포함하여 복용 중인 약물, 빈도, 용량을 기재해 주십시오.

약품명	용량/강도	얼마나 자주 복용하십니까?

20. 약물 알레르기가 있습니까?

☐ 아니오 ☐ 예. 기재해 주십시오: _____

21. 건강 문제를 다루기 위해 대체 요법이나 한방 약품을 사용하십니까?

☐ 아니오 ☐ 예

예인 경우, 어떤 요법이나 약을 사용하시고, 어떤 부분에 도움이 됩니까? _____

예인 경우, 담당 의사는 귀하가 이 요법을 사용하고 있다는 것을 알고 있습니까?

☐ 예 ☐ 아니오

22. 현재 복용하는 약과 그 약의 복용 이유를 이해하고 계십니까?

☐ 예 ☐ 아니오. 이유는 무엇입니까? _____

23. 지난 6개월 동안 처방된 약을 받는 데 어려움을 겪으셨습니까?

☐ 아니오 ☐ 예. 이유는 무엇입니까? _____

24. 신체적으로 활발히 활동하십니까? (예: 걷기, 그룹 운동, 실내 자전거 등)

☐ 아니오 ☐ 예

예인 경우, 신체 활동에 참여하는 일수와 시간은 몇 분 정도입니까?

	15분	30분	45분	1시간 이상
매일	☐	☐	☐	☐
일주일에 한 번	☐	☐	☐	☐
일주일에 두 번	☐	☐	☐	☐
일주일에 세 번	☐	☐	☐	☐

25. 지난 1년 동안 병원에 하룻밤 이상 지낸 적이 있습니까?

☐ 아니오 ☐ 예. 몇 회 입니까? 이유는 무엇입니까? _____

26. 지난 1년 동안 병원 응급실에 간 적이 있으십니까?

☐ 아니오 ☐ 예. 몇 회 입니까? 이유는 무엇입니까? _____

27. 지난 1년 동안 요양 시설에서 시간을 보낸 적이 있으십니까?

☐ 아니오 ☐ 예. 몇 회 입니까? 이유는 무엇입니까? _____

28. 지난 12개월 동안 집이나 외출 중에 넘어지신 적이 있으십니까?

☐ 아니오 ☐ 예. 몇 회 입니까? 이유는 무엇입니까? _____

본인의 일상 생활

29. 간병인(보호자): 정기적으로 집이나 자신을 돌보는 데 도움을 주거나, 심부름이나 다른 일을 도와주는 사람이 있습니까? (예: 가족, 친구, 자택 간호)

☐ 아니오 ☐ 예. 간병인의 이름을 적으십시오: _____

30. 다음 작업을 수행하는 능력은 어떠십니까?

	도움이 필요하지 않음 	약간의 도움이 필요하거나 장비를 사용함 	항상 도움이 필요함 
목욕	☐	☐	☐
외모 관리	☐	☐	☐
옷 입기	☐	☐	☐
화장실 출입	☐	☐	☐
의자 또는 침대 안팎으로 이동	☐	☐	☐
걸기 (계단 오르기 제외)	☐	☐	☐
쇼핑	☐	☐	☐
식사 준비	☐	☐	☐
스스로 식사하기	☐	☐	☐
전화 사용	☐	☐	☐
집안일	☐	☐	☐
세탁	☐	☐	☐
약품 관리	☐	☐	☐
가정 재정 관리	☐	☐	☐

술/담배

31. 술을 드십니까?

- ☐ 아니오 ☐ 예

예인 경우: 술을 끊거나 줄이는 데 관심이 있으십니까? ☐ 예 ☐ 아니오

32. 현재 담배 제품(담배, 시가, 코담배, 씹는담배, 액상 담배, 전자 담배)을 사용하십니까?

- ☐ 아니오 ☐ 예

예인 경우: 담배 제품을 끊거나 줄이는 데 관심이 있으십니까? ☐ 예 ☐ 아니오

건강 목표

33. 일상생활에서의 건강 목표는 무엇입니까? 아래에 나열된 건강 목표 중 하나 이상을 선택하십시오.

- ☐ 주치의(PCP)에게 연례 웰니스 검진 받기
☐ 도서관, 동물 보호소, 무료 급식소 등 지역 단체에서 자원봉사 하기
☐ 낙상 예방을 위해 균형 감각과 근력을 유지하거나 늘리기 위해 노력하기
☐ 의사와 상의하여 규칙적인 운동 계획 설정하기
☐ 건강을 유지하거나 증진하기 위해 영양가 높고 건강한 식단 따르기
☐ 기타 개인적인 목표 _____

34. 목표 달성에 방해가 될 수 있는 걸림돌이나 어려움이 있으십니까?

- ☐ 아니오
☐ 예 - 해당되는 모든 항목을 선택하십시오:
☐ 교통편 ☐ 동기 부여 부족
☐ 시간 부족 ☐ 자원 정보 또는 장비 부족
☐ 기타 _____