

會員名字:	會員姓氏:	中間名縮寫:
福全健保會員 MBI 號碼:	出生日期:	HRA 完成日期:
電子郵件:	會員電話:	
初級保健提供者 (PCP) 姓名:	HRA 是如何完成的:	
	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 面對面 <input type="checkbox"/> 遠距醫療/虛擬	
經紀人名稱:	填寫表格人士的 NPN:	

## 關於我的信息

請描述與您的文化、信仰、宗教習俗或其他對您重要的、有助於我們更好地為您服務的任何內容。

### 1. 您目前的住房狀況如何？

我有一個穩定的住處

您是否擔心失去住房？

否       是，請解釋: \_\_\_\_\_

我沒有住房 (與他人同住、住在旅館、住在庇護所、住在外面的街道上、海灘上、車上或公園裡)

請解釋: \_\_\_\_\_

### 2. 您在目前居住的地方在身體和情感上感到安全嗎？

是       否

### 3. 您目前和誰住在一起？

獨居

與配偶、家人或朋友住在一起

其他 (解釋): \_\_\_\_\_

### 4. 在過去的一年裡，您是否害怕過您的伴侶或前伴侶？

是       否       不適用

5. 您目前有工作嗎？

是  否

6. 在過去 12 個月中，您是否由於缺乏可靠的交通而無法進行醫療預約、會議、工作或取得日常生活所需的物品？

是的，它讓我無法去看醫生。  
 是的，它讓我無法參加非醫療會議、預約、工作，或無法獲得我需要的東西，例如買菜。  
 否

7. 在過去的一年中，您或與您同住的任何家庭成員是否因缺乏資金、渠道或可用性在需要時無法獲得以下任何物品？選擇所有適用的選項。

食物  藥物  兒童/老人護理  
 公用事業  電話  衣物  
 醫療保健 (醫療、牙科、心理健康、視力)  
 其他：\_\_\_\_\_

沒有任何

8. 您有預立指示嗎？(確保您指定的醫療授權書能夠在您無法代表自己發言的情況下傳達您的醫療意願)

是  否

## 疼痛篩檢

9. 您現在或過去兩週是否感到疼痛？

是 在最嚴重的情況下，您的疼痛有多嚴重 (0 到 10，其中 10 表示最嚴重) ?  
 0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

您是否與您的醫生或其他人討論過如何控制疼痛？

是，哪位？\_\_\_\_\_

否

否

10. 請選擇您是否使用以下任何設備：

<input type="checkbox"/> 假牙	<input type="checkbox"/> 醫療警報裝置	<input type="checkbox"/> 升降椅
<input type="checkbox"/> 支架 (腿部、背部)	<input type="checkbox"/> 轉運設備	<input type="checkbox"/> 拐杖
<input type="checkbox"/> 失禁 耗材 (墊、襯墊)	<input type="checkbox"/> 眼鏡/隱形眼鏡	<input type="checkbox"/> 適應性飲食設備
<input type="checkbox"/> 沐浴設備	<input type="checkbox"/> 助行器	<input type="checkbox"/> 床頭櫃
<input type="checkbox"/> 助聽器	<input type="checkbox"/> 輪椅 (手動、電動)	
<input type="checkbox"/> 其他：_____		
<input type="checkbox"/> 沒有/使用任何設備		
<input type="checkbox"/> 列出您需要但沒有的設備：_____		

## 通訊連接

### 11. 您認為您能夠將您的醫療保健需求或疑慮傳達給您的提供者 (包括居家、醫療和心理健康提供者) 嗎？

- 非常好，沒有任何問題
- 很好，我有信心大部分時間都能很好地溝通
- 一般，我可以傳達一些但不是全部的需求或疑慮
- 差，我通常很難理解

請解釋：\_\_\_\_\_

### 12. 您在理解醫療保健提供者有關您的醫療保健的說明時遇到困難嗎？

- 太棒了，我理解起來毫無困難
- 很好，我很少在理解上遇到困難
- 一般，我有時無法理解
- 差，我通常很難理解

請解釋：\_\_\_\_\_

### 13. 您獲得的最高學歷是什麼？

高中學歷以上

高中文憑/GED

高中學歷以下

## 我的健康

### 14. 整體而言，您如何評價您的健康狀況？（請選擇一項。）

-  非常好
-  很好
-  一般
-  差

### 15. 在過去兩星期中，您多常因為下列任何問題而感到困擾？

	完全沒有	幾天	超過一半以上的時間	幾乎每天
對做事缺乏興趣或樂趣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
感覺心情低落、憂鬱或無望	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 16. 您是否經常感到孤單或與周圍的人隔絕？

- 從未
- 很少
- 有時
- 經常
- 總是

### 17. 壓力是指某人因心智受到困擾而感到緊張、擔憂、焦慮或晚上無法入睡。您的壓力有多大？

- 一點也不
- 一點點
- 有些
- 相當多
- 非常多

### 18. 您是否有以下列出的健康問題？選擇所有適用的選項。

- 心臟病 (心臟病發作、心臟衰竭)
- 高血壓
- 糖尿病 (高血糖)
- 肺部疾病 (氣喘、慢性阻塞性肺病)
- 心理健康 (憂鬱、焦慮)
- 其他 (中風、甲狀腺、癌症)：\_\_\_\_\_

19. 請列出您正在服用的藥物、頻率和劑量，包括非處方藥和補充劑。

藥品名稱	劑量/強度	多久服用一次？

20. 您有藥物過敏嗎？

否       是, 請列出: \_\_\_\_\_

21. 您是否使用任何替代療法或中草藥來治療您的健康狀況？

否       是

如果是, 他們對哪些方面有幫助? \_\_\_\_\_

如果是, 您的醫生知道您使用這種療法嗎?  是  否

22. 您瞭解您的藥物以及服用它們的原因嗎？

是       否, 為什麼? \_\_\_\_\_

23. 在過去 6 個月內, 您是否難以取得為您開立的藥物？

否       是, 為什麼? \_\_\_\_\_

24. 您經常運動嗎？(例如步行、小組課程、固定自行車等)

否       是

如果是, 從事體能活動的天數和時間(單位:分鐘)為多少:

	15 分鐘	30 分鐘	45 分鐘	1 小時以上
每天	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
每週一次	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
每週兩次	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
每週三次	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

25. 在過去的一年裡, 您是否曾在醫院過夜或住院更長時間？

否       是, 有幾次? 為什麼? \_\_\_\_\_

26. 過去一年, 您去過醫院急診室嗎？

否       是, 有幾次? 為什麼? \_\_\_\_\_

27. 在過去的一年裡, 您是否曾在護理機構待過？

否       是, 有幾次? 為什麼? \_\_\_\_\_

28. 在過去 12 個月中，您在家中或在社區外出時是否經歷過跌倒？

否       是，有幾次？為什麼？ \_\_\_\_\_

## 我的日常生活

29. 看護者：是否有人定期幫助您照顧您的家或自己，或定期幫助您辦事或其他事情(例如家人、朋友、家庭照護)？

否       是，看護者姓名：\_\_\_\_\_

30. 您完成這些任務的能力為何？

	 我不需要幫助	 我需要一些幫助或 使用設備	 我總是需要幫助
洗澡	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
儀容儀表	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
穿衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
往返洗手間	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
從椅子或床上轉移進出	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
步行，非爬樓梯	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
購物	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
準備餐點	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
餵食	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
打電話	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
整理家務	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
洗衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
管理您的用藥	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
管理您的家庭財務	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 酒精/菸草

31. 您喝酒嗎？

否       是

如果是：您有興趣戒菸或減少攝取量嗎？  是  否

32. 您目前使用菸草製品 (香菸、雪茄、鼻煙、咀嚼煙、電子水煙、電子煙) 嗎？

否       是

如果是：您有興趣戒菸或減少攝取量嗎？  是  否

## 健康目標

### 33. 您日常生活的健康目標是什麼？請選擇下列至少一項健康目標。

- 與我的初級保健提供者 (PCP) 一起完成年度健康檢查
  - 為當地組織做志願者，例如圖書館、動物收容所或施食處
  - 努力保持或增強平衡和力量以避免跌倒
  - 與我的醫生討論制定規律運動計劃
  - 遵循營養健康的飲食來維持或改善我的健康
  - 其他個性化目標 \_\_\_\_\_
- 

### 34. 是否有任何障礙會阻礙您實現您的目標？

- 否

- 是 - 選擇所有適用項目：

- |                                   |                                  |
|-----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 交通       | <input type="checkbox"/> 缺乏動力    |
| <input type="checkbox"/> 缺乏時間     | <input type="checkbox"/> 缺乏資源/設備 |
| <input type="checkbox"/> 其他 _____ |                                  |
-