

健康風險評估 (HRA)

注意: 如果您已經填妥並向我們遞交此表格, 則您不需要再次填寫。

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

MBI 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	市	州	郵遞區號
<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? 手機 住家電話

您在家使用下列任何一種設備嗎?

平板電腦或智慧型手機 筆記型電腦或桌上型電腦

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

初級照護醫生:

您偏好使用何種口語溝通語言進行醫療照護?

中文 中文 越南語 不便透露
 西班牙語 韓語 其他, 請說明: _____

您偏好使用何種書面溝通語言進行醫療照護?

中文 中文 (包括粵語、國語、閩南語、其他方言) 韓語 其他, 請說明
 西班牙語 越南語 不便透露

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分在醫院或照護機構(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"/> 高膽固醇	<input type="checkbox"/> 高血壓
<input type="checkbox"/> 心血管疾病	<input type="checkbox"/> 血凝塊	<input type="checkbox"/> 肝硬化
<input type="checkbox"/> 焦慮	<input type="checkbox"/> 心率不整	<input type="checkbox"/> 尿失禁
<input type="checkbox"/> 關節炎	<input type="checkbox"/> 骨質疏鬆	<input type="checkbox"/> 腎臟透析
<input type="checkbox"/> 癌症	<input type="checkbox"/> 周邊血管疾病	<input type="checkbox"/> 以上皆無
<input type="checkbox"/> 失智症	<input type="checkbox"/> 糖尿病/高血糖	
<input type="checkbox"/> 其他: _____		

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:您或您的親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 一個月 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
 生活輔助公寓或房間及護理之家 不適用

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、親戚或鄰居協助您處理醫療需求？

是 否

若是，誰在協助您？_____

C5:您是否有預立醫療指示？ 是 否

C6:是否有人協助您進行醫療照護決定？

是 否

若是，誰在協助您？_____ 電話號碼：_____

C7: 您是否與醫療照護提供者談過您自己希望接受維生治療, 或者希望接受到何種程度?

是 否

C8: 您上個月是否曾經跌倒? 是 否

C9: 您目前使用使用耐久性醫療器材或醫療器材? 是 否

C10: 如果 C9 答是, 請選擇下方的器材或醫療器材:

<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

C11: 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

C12: 您是否有居家輔助服務 是 否

C13: 您是否難以從事下列活動:

<input type="checkbox"/> 自己進食	<input type="checkbox"/> 行動能力(平面)
<input type="checkbox"/> 洗澡	<input type="checkbox"/> 上下樓梯
<input type="checkbox"/> 穿衣打扮	<input type="checkbox"/> 管理金錢
<input type="checkbox"/> 大便失禁或趕不及	<input type="checkbox"/> 備餐
<input type="checkbox"/> 膀胱失禁或趕不及	<input type="checkbox"/> 洗衣
<input type="checkbox"/> 上廁所	<input type="checkbox"/> 做家事
<input type="checkbox"/> 移動(如: 從床上移動到椅子上及相反)	

C14: 過去 12 個月內, 您是否曾因為缺錢而無法攝取足夠的食物?

是 否

C15: 您有住處嗎? 是 否

C16: 您是否擔心失去住處? 是 否

C17: 過去 12 個月內, 您是否曾因缺乏交通方式而錯過醫療約診、無法取得藥物、參與非醫療會議或赴約、無法去工作或取得需要的物品?

是 否

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

Agent NPN

Agent Phone Number

Agent License Number

FMO

本頁刻意留白

本頁刻意留白

本頁刻意留白