

건강 위해성 평가 (HRA)

주의: 이 양식을 작성하여 제출했다면 다시 작성할 필요가 없습니다.

아래 질문에 답해 주시면 건강한 기분을 유지하고 건강을 개선할 수 있도록 계속 지원해드리는 방법을 찾는 데 도움이 됩니다. 최대한 많은 질문에 답하신 후 이 양식을 우편료 선불 봉투에 넣어 반송해 주십시오. **작성한 HRA를 우편으로 보내면 \$25를 보상으로 받으실 수 있습니다!**

MBI 번호	가입자 ID 번호	플랜	발효일
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
회원 이름	회원 성	생년월일	성별
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여 <input type="checkbox"/> 기타
주소	도시	주	우편 번호
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
주택 전화번호	휴대폰 번호	이메일 주소	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

어떤 방법으로 연락하는 것을 선호하십니까? 휴대폰 집 전화번호

집에서 다음 중 하나를 사용하십니까?

태블릿 또는 스마트폰 노트북 또는 데스크탑 컴퓨터

집에서 인터넷에 접속할 수 있습니까? 예 아니요

가상/원격 의료 제공자의 가상/원격 의료 방문이 가능합니까? 예 아니요

주치의:

의료 서비스를 받으실 때 선호하는 언어(음성 언어)는 무엇입니까?

국문 중국어 베트남어 답변하고 싶지 않음
 스페인어 한국어 기타(기입해 주십시오) _____

의료 서비스를 받으실 때 선호하는 언어(문자 언어)는 무엇입니까?

국문 중국어(광둥어, 만다린어, 호키엔어, 기타) 한국어 기타(기입해 주십시오)
 스페인어 베트남어 답변하고 싶지 않음

섹션 A: 의료

A1: 귀하의 건강 상태가 대체로 어떠하다고 생각하십니까?

우수 매우 양호 양호 보통 나쁨

A2: 지난 12개월 동안 환자로서 병원이나 요양시설(요양원)에서 하룻밤을 보낸 적이 있습니까?

아니요 1-2회 3-5회 6회 이상

A3: 만성 통증이 있으십니까? 예 아니요

‘예’인 경우 통증 부위는 어디입니까?: _____

A4: 0(통증 없음)에서 10(심각한 통증, 장애)의 척도로 지난 30일 동안의 통증을 어떻게 평가하십니까?

답변(0-10): _____

A5: 1주일에 운동은 얼마나 하십니까?

5일 이상 3-4일 1-2일 거의 안 함 전혀 안 함

A6: 신장이 어떻게 됩니까? _____ **A7:** 몸무게(lbs)는 어떻게 됩니까? _____

A8: 다음을 받으신 적이 있습니까? 해당되는 모든 항목을 선택하세요:

독감 폐렴 백신 대장내시경 코로나 19 백신

A9: 의사로부터 다음 질환을 진단받은 적이 있습니까? 해당되는 모든 항목을 선택하세요:

<input type="checkbox"/> 심부전	<input type="checkbox"/> 고콜레스테롤증	<input type="checkbox"/> 고혈압
<input type="checkbox"/> 심혈관 질환	<input type="checkbox"/> 혈전	<input type="checkbox"/> 간경변
<input type="checkbox"/> 걱정	<input type="checkbox"/> 불규칙한 심박수	<input type="checkbox"/> 요실금
<input type="checkbox"/> 관절염	<input type="checkbox"/> 골다공증	<input type="checkbox"/> 신장 투석
<input type="checkbox"/> 암	<input type="checkbox"/> 심혈관 질환	<input type="checkbox"/> 해당 항목 없음
<input type="checkbox"/> 치매	<input type="checkbox"/> 당뇨병/고혈당	

기타: _____

A10: 알레르기가 있으십니까? 예 아니요

‘예’인 경우 어떤 알레르기입니까? _____

A11: 얼마나 자주 약 먹는 것을 잊으십니까?

거의 매일 주 2-4회 주 1회 거의 없거나 전혀 없음

섹션 B: 행동 건강

B1 및 B2에 대해 지난 30일 동안 얼마나 자주 다음 문제로 괴로움을 겪었습니까?

B1: 평소 하던 일에 대한 흥미나 즐거움이 거의 없음:

전혀 없음 절반 이상 며칠 동안 거의 매일

B2: 울적함, 우울감 또는 절망감:

전혀 없음 절반 이상 며칠 동안 거의 매일

B3: 가족/친구가 귀하의 기억력에 대해 걱정합니까? 예 아니요

B4: 타인으로부터 고립을 얼마나 자주 느낍니까?

거의 없음 가끔 자주

B5: 알코올 또는 약물 사용으로부터 현재 회복 중입니까? 예 아니요

B6: 얼마나 자주 알코올 음료를 마십니까?

전혀 마시지 않음 한 달에 2~3회 1주에 4회 또는 그 이상

한 달에 한 번 또는 그 이하 1주에 2~4회 한 달에 2~4회

B7: 담배나 기타 tobacco를 피우시나요? 예 아니요

B8: 지난 1년 동안 기분 전환을 위한 약물 또는 비의료적인 목적으로 처방약을 사용한 적은 몇 번입니까?

없음 1회 또는 그 이상

섹션 C: 일상생활 활동

C1: 거주 형태:

단독 주택, 아파트, 콘도 또는 이동식 주택 양로원

생활지원 아파트 또는 기숙사 및 요양원 해당 없음

C2: 가정 의료 서비스를 이용하고 계십니까? 예 아니요

C3: 누구와 함께 사십니까?

배우자 자녀 또는 기타 친척 혼자 친구 기타

C4: 귀하의 의학적 요구사항을 도와주는 친구, 친척, 이웃이 있나요?

예 아니요

'예'인 경우 누구입니까?: _____

C5: 사전의료의향서를 작성하십니까? 예 아니요

C6: 귀하의 의료적인 의사결정을 도와줄 사람이 있습니까?

예 아니요

'예'인 경우 누구입니까? _____ 전화번호: _____

C7: 수명 유지 치료를 원하는지 또는 어느 정도까지 원하는지에 대해 담당 의료진과 상담하신 적이 있습니까?

예 아니요

C8: 지난달에 넘어진 적이 있습니까? 예 아니요

C9: 현재 내구성 의료 장비 또는 의료 기기를 사용하고 있습니까? 예 아니요

C10: C9에서 예라고 답변한 경우, 아래에서 어떤 장비 또는 의료 기기인지 선택해 주십시오.

<input type="checkbox"/> 휠체어	<input type="checkbox"/> 욕창 방지 매트리스	<input type="checkbox"/> 병원 침대	<input type="checkbox"/> 변좌
<input type="checkbox"/> 보행 보조기	<input type="checkbox"/> CPAP 장비/수면 무호흡	<input type="checkbox"/> 산소	<input type="checkbox"/> 욕실 의자
<input type="checkbox"/> 지팡이	<input type="checkbox"/> 변기 겸용 의자	<input type="checkbox"/> 기저귀	<input type="checkbox"/> 카테터

C11: 의약품 관리:

어려움이 없음 어려움이 있음 도움 없이는 이 활동을 수행할 수 없음

C12: 가정 내 지원 서비스가 있습니까? 예 아니요

C13: 다음 중에서 귀하에게 해당되는 문제가 있습니까?:

<input type="checkbox"/> 스스로 먹기	<input type="checkbox"/> 이동성(평평한 곳에서)
<input type="checkbox"/> 목욕	<input type="checkbox"/> 계단 오르고 내리기
<input type="checkbox"/> 몸단장	<input type="checkbox"/> 돈 관리
<input type="checkbox"/> 장실금 또는 사고	<input type="checkbox"/> 음식 준비
<input type="checkbox"/> 요실금 또는 사고	<input type="checkbox"/> 빨래
<input type="checkbox"/> 변기 사용	<input type="checkbox"/> 가벼운 집안일
<input type="checkbox"/> 이동(침대에서 의자까지 이동 및 복귀)	

C14: 지난 12개월 동안 식비가 부족하여 평소 먹어야 하는 양보다 적게 드신 적이 있으십니까?

예 아니요

C15: 주택을 소유하고 계신가요? 예 아니요

C16: 주택을 잃을까봐 걱정되시나요? 예 아니요

C17: 지난 12개월 동안, 교통수단의 부족으로 인해 병원 진료, 약품 구입, 비의료 회의 또는 예약, 일을 하지 못하거나 필요한 물건을 구할 수 없던 적이 있습니까?

예 아니요

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

이 페이지는 일부러 비워둔 것입니다

이 페이지는 일부러 비워둔 것입니다

이 페이지는 일부러 비워둔 것입니다