

회원 이름(First name):	회원 성(Last name):	중간 이름 이니셜:
Clever Care 회원 ID 번호:	생년월일:	HRA 작성일:
회원 전화번호:	주치의(PCP) 성함:	
HRA 작성 방식:		
<input type="checkbox"/> 전화	<input type="checkbox"/> 대면	<input type="checkbox"/> 원격 의료/가상
<input type="checkbox"/> 종이 양식		
해당되는 경우, 이 양식을 작성하실 때 도움을 주신 분들의 정보를 기입해 주십시오(예: 의료 제공자, 가족 구성원, 친구, 브로커):		
이름:	회원님과의 관계:	
브로커 성함:	브로커 NPN:	

회원님에 대한 정보

1. 저희가 회원님께 더 나은 서비스를 제공해드릴 수 있도록, 문화, 신념, 종교적인 관습 또는 기타 회원님께 중요한 사항이 있으시면 설명해 주십시오.

2. a. 현재 주거 상황은 어떠십니까?

현재 안정적인 거주지가 있습니다
 현재 거주지가 없습니다(다른 사람의 집, 호텔, 보호소, 거리, 해변, 자동차, 공원에서 거주). 구체적으로 설명해 주세요: _____

b. 현재 거주지를 잃을까 걱정하고 계십니까?

아니요 예, 구체적으로 설명해 주세요: _____

3. 현재 거주 중인 곳에서 신체적으로나 정서적으로 안전하다고 느끼십니까?

예 아니요, 구체적으로 설명해 주세요: _____

4. 현재 누구와 함께 거주하고 계십니까?

혼자 거주하고 있습니다 배우자, 가족, 또는 친구와 함께 거주하고 있습니다 기타: _____

5. 지난 12개월 동안, 안정적인 교통편의 부족으로 인해 진료 예약, 회의, 직장, 또는 일상 생활에 필요한 물품을 구하는데 불편을 겪은 적이 있으십니까?

예, 진료 예약(병원 등)을 지키지 못한 적이 있습니다.
 예, 교통편 문제로 진료 외 약속, 회의, 직장 등에 나가지 못하거나 생필품(식료품 등) 구매에 어려움이 있었습니다.
 아니요

6. 지난 1년 동안, 귀하 또는 함께 거주하는 가족 구성원이 금전적 이유, 접근성 부족, 또는 필요할 때 이용할 수 없음 등으로 인해 다음 항목들을 이용하지 못한 적이 있으십니까? 해당되는 항목을 모두 선택해 주십시오.

식품 공공 요금(유틸리티) 전화 의류
 의료 서비스(의료, 치과, 정신건강, 시력)
 기타: _____ 없음

7. 만약 질병이나 사고 등으로 인해 본인의 의사를 직접 표현할 수 없게 되었을 때, 의료 결정에 대한 본인의 바람을 따를 수 있는 사전 의료지시서(Advance Directive) 또는 유언장(Living Will)이 있으십니까?

예, 저의 의료 결정에 대한 바람이 사전 의료지시서 또는 유언장에 문서화되어 있습니다.
 아니요, 현재 해당 문서나 서면 지침은 없습니다.

통증 스크리닝

8. 현재 또는 지난 2주 동안 통증을 겪으신 적이 있으십니까?

아니요

예

가장 통증이 심할 때의 정도를 0에서 10까지의 숫자로 표시해 주십시오(10이 가장 심한 통증일 때)



0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

통증을 관리하는 방법에 대해 의사 또는 다른 사람과 상의하신 적이 있으십니까?

예, 누구와 상의하셨나요? _____

아니요

9. 아래 장비 중 사용하고 계신 것이 있다면 선택해 주십시오:

보유/사용 중인 장비 없음

의치(틀니)

의료 경보 장치

리프트 의자

보청기

이동 보조 장비

안경/콘택트렌즈

침대 옆 변기

요실금 보조 용품(패드, 라이너)

목욕 보조 장비

위커(보행기)/지팡이

훨체어(수동, 전동)

기타: _____

필요하지만 현재 가지고 있지 않은 장비가 있다면 적어주십시오: _____

커뮤니케이션 연계

10. 현재 받으시는 건강관리(재택 진료, 병원 진료, 정신건강 서비스 포함)와 관련해 본인의 필요사항이나 우려사항을 의료 서비스 제공자에게 잘 전달할 수 있다고 느끼십니까?

좋음: 모든 필요나 걱정을 잘 전달할 수 있습니다

보통: 필요사항이나 우려사항의 일부는 전달할 수 있지만, 전부는 어렵습니다

어려움: 대화를 이해하거나 표현하는 데 어려움이 있습니다. 구체적으로 설명해 주세요: _____

11. 의료 서비스 제공자가 제공하는 건강 관련 설명이나 지시 사항을 잘 이해하고 계십니까?

좋음: 이해하는 데 문제가 없습니다

보통: 가끔 이해하기 어려운 경우가 있습니다

어려움: 대체로 이해하는 데 어려움이 있습니다. 구체적으로 설명해 주세요: _____

12. 최종 학력은 무엇입니까? 고등학교 졸업 이상 고등학교 졸업/GED(검정고시) 고등학교 졸업 미만**회원님의 건강****13. 같은 연령대의 다른 사람들과 비교했을 때, 회원님의 건강 상태는 어떻게 느껴지십니까?(한가지만 선택해 주십시오.)**  매우 좋음  좋음  보통  나쁨**14. 지난 2주 동안 아래와 같은 문제로 얼마나 자주 불편함을 느끼셨습니까?**

전혀 없었음



며칠간 있었음



절반 이상 있었음



거의 매일 있었음

a. 무언가를 할 의욕이나 흥미가 거의 없었음**b. 우울하거나 침체된 기분, 희망이 없다고 느낌****15. 주변 사람들과 떨어져 외롭거나 고립된 느낌을 얼마나 자주 받으십니까?** 전혀 없음 가끔 있음 자주 있음**16. 스트레스란 마음이 불안하거나 긴장되고, 걱정으로 잠을 이루지 못하는 상태입니다. 요즘 스트레스를 얼마나 느끼고 계십니까?** 전혀 없음 약간 있음 꽤 많이 있음**17. 다음 중 현재 가지고 계신 건강 문제가 있으십니까? 해당되는 항목을 모두 선택해 주십시오.** 심장 질환(심장마비, 심부전) 고혈압 당뇨병(고혈당) 폐 질환(천식, COPD(만성 폐쇄성 폐질환)) 정신 건강(우울, 불안) 고지혈증 기타(예: 뇌졸중, 관절염, 암): _____**18. 현재 복용 중인 약품과 복용 빈도, 용량을 적어주십시오. 대체 요법이나 한방 보조제도 포함해 주십시오.**

약 이름	용량/강도	얼마나 자주 복용하십니까?

19. 처방받은 대로 약을 복용하는 데 방해가 되는 요인이 있으십니까?(해당되는 항목을 모두 선택해 주십시오)

<input type="checkbox"/> 불편함이 없음	<input type="checkbox"/> 복용 방법을 잘 모름	<input type="checkbox"/> 약을 믿지 않음
<input type="checkbox"/> 복용 일정 관리가 어려움	<input type="checkbox"/> 부작용	<input type="checkbox"/> 비용이 부담됨
<input type="checkbox"/> 처방약 조제 문제	<input type="checkbox"/> 교통편/접근성 문제	<input type="checkbox"/> 시력 문제
<input type="checkbox"/> 복용을 자주 잊음	<input type="checkbox"/> 일정 문제	<input type="checkbox"/> 기타: _____

20. 일주일에 최소 30분 이상 운동하는 날은 며칠 정도 되십니까?

없음 1 ~ 2일 3 ~ 4일 5일 이상

21. 지난 1년 동안 응급실을 방문하거나 병원에 1박 이상 입원하신 적이 있으십니까?

아니요 예, 몇 회입니까? _____

22. 지난 1년 동안 바닥에 넘어지신 적이 몇 번 있으셨습니까?

없음 1 ~ 2회 3회 이상

회원님의 일상 생활

23. 간병인(보호자): 정기적으로 집이나 자신을 돌보는 데 도움을 주거나, 심부름이나 다른 일을 도와주는 사람이 있으십니까? (예: 가족, 친구, 가정 간호 서비스)

아니요 예, 간병인(보호자)의 성함: _____

24. 아래 활동을 스스로 얼마나 하실 수 있으십니까?

			
	도움이 필요하지 않음	약간의 도움이 필요하거나 장비를 사용함	항상 도움이 필요함
목욕하기	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
몸단장	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
옷 입기	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
화장실 출입	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
의자 또는 침대에 앉거나 일어나기	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
걷기(계단 제외)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
장보기, 쇼핑	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
식사 준비	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
스스로 식사하기	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
전화 사용	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
집안 청소	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
빨래	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

음주/흡연

25. 술을 드십니까?

아니요 예, 술을 줄이거나 끊는 데 관심이 있으십니까? 예 아니요

26. 현재 담배 제품(담배, 시가, 코담배, 씹는담배, 액상 담배, 전자 담배)을 사용하고 계십니까?

아니요 예, 금연이나 줄이는 것에 관심이 있으십니까? 예 아니요

건강 목표

27. 일상생활에서의 건강 목표는 무엇입니까? 아래에 나열된 건강 목표 중 하나 이상을 선택해 주십시오.

- 주치의(PCP)에게 연례 웰니스 검진 받기
- 도서관, 동물 보호소, 무료 급식소 등 지역 단체에서 자원봉사하기
- 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:

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

- 아니요
- 예 – 해당되는
 - 교통편
 - 시간 부족
 - 기타: