

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 구하는 데 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

☐ 워커(보행기)/지팡이

☐ 휠체어(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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. 우울하거나 침체된 기분, 희망이 없다고 느낌	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 있습니까? (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 항목을 모두 선택해 주십시오:
- | | |
|--------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 교통편 | <input type="checkbox"/> 의욕 부족 |
| <input type="checkbox"/> 시간 부족 | <input type="checkbox"/> 정보/장비 부족 |
| <input type="checkbox"/> 기타: | |