

會員名字：	會員姓氏：	中間名縮寫：
福全健保會員 ID 號碼：	出生日期：	HRA表格完成日期：
會員電話：	初級保健提供者/家庭醫生 (PCP) 姓名：	

HRA是如何完成的：

- 電話訪談 面對面訪談 遠距醫療/視訊 紙本填寫

如果適用，請列出所有協助填寫本表的人員（例如醫療服務提供者、家人、朋友、保險經紀人）：

姓名：	與會員關係：
保險經紀人姓名：	保險經紀人NPN：

關於我的個人資訊

1. 請描述與您的文化、信仰、宗教習俗或其它對您而言重要的事項，讓我們更好地為您服務。

2. a.您目前的居住情況為何？

- 我有穩定的居所
 我沒有固定住所（暫住他人家中、旅館、收容所、或露宿街頭、海灘、車內或公園）。請解釋說明：_____

b.您擔心失去目前住所？

- 否 是，請解釋說明：_____

3. 在您目前的住所中，您是否在身體和心理上感到安全？

- 是 否，請解釋說明：_____

4. 您目前與誰同住？

- 獨居 與配偶、家人或朋友住在一起 其他：_____

5. 在過去 12 個月中，您是否由於缺乏可靠的交通而無法赴約看診、聚會、工作或取得日常生活所需的物品？

- 是的，我曾因此無法赴約看診。
 是的，我曾因此無法參加非醫療聚會、預約、工作，或無法取得所需物品，例如買菜。
 否

6. 在過去的一年中，您或與您同住的任何家庭成員是否因經濟困難、缺乏獲取途徑、或資源短缺，無法在需要時獲得以下任何物品？選擇所有適用的選項。

- 食物 水、電、煤氣瓦斯 電話 衣物
 健康照護（醫療、牙科、心理健康、眼科）
 其它： _____ 無

7. 您是否有預立醫囑（Advance Directive）或生前遺囑（Living Will），以確保在您無法自行表達意願時（例如，由於疾病或受傷），您的醫療意願會得到遵從？

- 是的，我的意願已記錄在預立醫囑或生前遺囑中。
 否，我目前尚未立下書面指示或文件。

疼痛篩檢

8. 您現在或過去兩週是否有感到疼痛？

- 否
 是

在最嚴重的情況下，您的疼痛指數為何（0 到 10，其中 10 代表最嚴重）？



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？

- 是的，請說明對象： _____
 否

9. 請選擇您是否使用以下任何設備/裝置：

- 沒有／不使用任何設備
 假牙
 助聽器
 床邊便桶
 助行器/拐杖
 其它： _____

- 醫療警報裝置
 移位輔助設備
 失禁用品（尿墊、尿布）
 輪椅（手動、電動）

- 升降椅
 眼鏡／隱形眼鏡
 沐浴設備

請列出您需要但尚未配置的設備/裝置： _____

溝通狀況

10. 您認為自己能多有效地向您的醫生／醫療提供者（包括上門服務、一般醫療以及心理健康服務者）溝通您的醫療訴求或疑慮：

- 很好，我可以溝通我所有的需求和疑慮
 一般，我可以溝通一些，但不是全部的需求或疑慮
 不佳，我通常難以理解或溝通。請解釋說明： _____

11. 您對健康照護提供者給予的健康照護指示理解得如何？

- 很好，我在理解上沒有困難
 一般，我有時難以理解
 不佳，我通常難以理解。請解釋說明： _____

12. 您獲得的最高學歷是什麼？

高中學歷以上

高中學歷/GED

高中學歷以下

我的健康

13. 與其他同齡人相比，您認為您的健康狀況是（請選擇一項）：

非常好 

好 

一般 

不佳 

14. 在過去兩週中，您多常因為以下問題感到困擾？



完全沒有



幾天



超過一半以上的時間



幾乎每天

a. 對做事缺乏興趣或樂趣

b. 感覺失落、沮喪或無助

15. 您有多常感到孤單或與周遭的人疏離？

從未

有時

經常

16. 壓力是指某人因心事重重而感到緊張、擔憂、焦慮或晚上無法入睡。您的壓力有多大？

一點也沒有

有些

相當多

17. 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（心臟病梗塞、心臟衰竭）

高血壓

糖尿病（高血糖）

肺部疾病（氣喘/哮喘、慢性阻塞性肺病）

精神健康問題（憂鬱、焦慮）

高膽固醇

其它（例如：中風、關節炎、癌症）：_____

18. 請列出您正在服用的藥物、服用頻率和劑量，包括替代療法和中草藥。

藥品名稱	劑量/強度	多久服用一次？

19. 是否有任何原因使您無法依照處方指示服藥（選擇所有適用項目）？

沒有

不知道如何服用

我不相信藥物

沒有服藥管理系統

副作用

費用

配藥困難

交通/獲取不便

視力問題

健忘

作息安排困難

其它：_____

20. 您每週有多少天可以至少運動 30 分鐘？

沒有 一天或兩天 三天或四天 五天或更多

21. 在過去一年中，您是否曾前往急診室在醫院過夜、停留更長時間？

沒有 有，多少次？ _____

22. 在過去一年中，您跌倒過多少次？

沒有 一次或兩次 三次或更多

我的日常生活

23. 照顧者：是否有任何人定期幫您料理家務或定期幫您跑腿處理其它事務（例如家人、朋友、居家照護）？

沒有 是，照顧者姓名：_____

24. 您完成這些任務的能力如何？

	我不需要幫助	我需要一些幫助或輔助設備	我總是需要幫助
洗澡	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
整理儀容	<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"/>
坐椅子和離開椅子，或上床和下床	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
步行，但不包括爬樓梯	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
購物	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
準備餐食	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
自己吃飯	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
使用電話	<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"/>

酒精/菸草

25. 您喝酒嗎？

否 是。您是否有意戒酒或減少酒精攝入量？ 有 沒有

26. 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。您是否有意戒菸或減少吸煙量？ 有 沒有

健康目標

27. 您日常生活中的健康目標是什麼？請至少選擇下列其中一個健康目標。

- 完成一次初級保健醫生/家庭醫生(PCP)安排的年度健康檢查
- 參與當地機構的志願服務，例如圖書館、動物收容所或愛心廚房。
- 努力維持或加強平衡力和肌力以預防跌倒
- 與我的醫生討論並制定規律的運動計劃
- 遵循營養均衡的健康的飲食，以維持或改善我的健康
- 其他個人化目標：_____

28. 是否有任何障礙可能會妨礙您實現這些目標？

- 否
- 是 - 選擇所有適用項目：
 - 交通不便
 - 缺乏動力
 - 缺乏時間
 - 缺乏資源/設備
 - 其它：_____