

이 건강 위험 평가는 자발적으로 참여하실 수 있으며, 귀하의 답변은 가입 상태나 보장 혜택에 영향을 주지 않습니다.

회원 이름(First name):	회원 성(Last name):	중간 이름 이니셜:
메디케어 수혜자 식별 번호(MBI):	생년월일:	HRA 작성일:
회원 전화번호:	주치의(PCP)/의사 이름:	
HRA 작성 방식:		
☐ 전화	☐ 대면	☐ 원격 의료/화상 ☐ 종이 양식
해당되는 경우, 이 양식 작성을 도와준 모든 사람을 적어 주십시오(예: 의료 제공자, 가족 구성원, 친구, 브로커):		
이름:	회원님과의 관계:	
브로커 이름:	브로커 NPN:	

회원님에 대한 정보

1. 회원님의 건강 관리 시 고려해야 할 문화적, 종교적 또는 개인적 선호 사항이 있다면 적어 주십시오.

2. a. 현재 어떤 주거 환경에서 생활하고 계십니까?

- ☐ 현재 안정적인 거주지가 있습니다
- ☐ 현재 거주지가 없습니다(다른 사람의 집, 호텔, 쉼터에 머물고 있거나, 거리, 해변, 차 안 또는 공원 등 야외에서 생활). 구체적으로 설명해 주세요: _____

b. 현재 거주지를 잃을까 걱정하고 계십니까?

- ☐ 아니요 ☐ 예, 구체적으로 설명해 주세요: _____

3. 현재 누구와 함께 거주하고 계십니까?

- ☐ 혼자 거주하고 있습니다 ☐ 배우자, 가족, 또는 친구와 함께 거주하고 있습니다(성함: _____)
- ☐ 기타: _____

4. 현재 생활하고 계신 곳에서 안전하다고 느끼십니까?

- ☐ 예 ☐ 아니요, 구체적으로 설명해 주세요: _____

5. 지난 12개월 동안, 교통편 문제로 인해 진료를 받지 못한 적이 얼마나 자주 있었습니까?

- ☐ 전혀 없음 ☐ 가끔 ☐ 대부분 ☐ 항상 있음

6. 지난 12개월 동안, 기본적인 생활 필수품이나 서비스를 구하지 못한 적이 있습니까?
(해당되는 항목을 모두 선택해 주십시오)

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

7. 질병이나 부상 등으로 본인의 의사를 직접 표현할 수 없는 상황에 대비하여, 회원님의 의료 관련 의향이 반영될 수 있도록 사전 의료 지시서(Advance Directive) 또는 생전 유언장(Living Will)을 마련해 두셨습니까?

- ☐ 예, 제 의료 관련 의향은 사전 의료 지시서 또는 생전 유언장에 기록되어 있습니다.
☐ 아니요, 현재 서면 지시서나 관련 문서가 마련되어 있지 않습니다.

통증 스크리닝

8. 지난 2주 동안, 통증이 있었습니까?

☐ 아니요

☐ 예 → 통증이 가장 심할 때 몇 점이었습니까?(0~10점 중 10점이 가장 심한 통증입니다)



☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

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

☐ 예, 누구와 상의하셨나요? _____

☐ 아니요

9. 아래 장비 중 사용하시는 것이 있으면 선택해 주십시오:

- ☐ 보유/사용 중인 장비 없음 ☐ 의료 경보 기기 ☐ 리프트 의자
☐ 의치(틀니) ☐ 이동 보조 장비 ☐ 안경/콘택트렌즈
☐ 보청기 ☐ 요실금 보조 용품(패드, 라이너) ☐ 목욕 보조 장비
☐ 침대 옆 번기 ☐ 휠체어(수동, 전동)
☐ 보행기(워커)/지팡이
☐ 기타: _____
☐ 필요하지만 현재 가지고 있지 않은 장비가 있다면 적어주십시오: _____

소통 및 연락 방법

10. 지난 6개월 동안, 회원님의 건강 관리 필요 사항이나 걱정되는 점이 의료 제공자/의사에게 얼마나 잘 전달되었다고 느끼셨습니까?

- ☐ 매우 잘 전달됨 ☐ 어느 정도 전달됨 ☐ 잘 전달되지 않음

11. 지난 6개월 동안, 의료 제공자/의사의 설명이나 지시 사항이 이해하기 쉬웠다고 느끼신 적이 얼마나 자주 있었습니까?

- ☐ 항상 쉽게 이해함 ☐ 가끔 이해하기 어려움 ☐ 전혀 이해하지 못함

12. 회원님께서 이수하신 최종 교육 수준은 무엇입니까?

- ☐ 대학교 입학 이상 ☐ 고등학교 졸업/GED(검정고시) ☐ 고등학교 졸업 미만

회원님의 건강

13. 전반적으로 회원님의 건강 상태를 어떻게 평가하십니까?(하나만 선택해 주십시오)

- ☐  매우 좋음
 ☐  좋음
 ☐  보통
 ☐  나쁨

14. 지난 2주 동안, 다음 문제들로 인해 얼마나 자주 불편을 겪으셨습니까?

	 전혀 없음	 며칠 동안	 절반 이상	 거의 매일
a. 무언가를 하는 데 흥미나 즐거움이 거의 없음	☐	☐	☐	☐
b. 기분이 가라앉거나 우울하거나 희망이 없다고 느낌	☐	☐	☐	☐

15. 지난 12개월 동안, 기억하거나 생각하는 데 어려움이 있으셨습니까?

- ☐ 예
 ☐ 아니요
 ☐ 확실하지 않음

16. 외롭거나 혼자 떨어져 있다고 느끼는 경우가 얼마나 자주 있습니까?

- ☐ 전혀 없음
 ☐ 가끔
 ☐ 자주

17. 필요할 때 의지하고 도움을 받을 수 있는 사람이 있습니까?

- ☐ 예
 ☐ 아니요

18. 지난 4주 동안, 스트레스를 어느 정도 느끼셨습니까?

- ☐ 전혀 없음
 ☐ 어느 정도
 ☐ 꽤 많이

19. 현재 복용 중인 모든 약의 이름, 복용 횟수, 복용량을 적어 주십시오. 대체 요법이나 한방 건강 보조제도 포함해 주십시오.

약 이름	복용량/강도	얼마나 자주 복용하고 계십니까?

20. 처방받은 대로 약을 얼마나 자주 복용하십니까?

- ☐ 항상
 ☐ 대부분
 ☐ 전혀 복용하지 않음 → 처방 지시에 따라 약을 복용하지 못하는 이유는 무엇입니까? _____

21. 현재 가지고 계신 건강 문제가 다음 중에 있습니까? 해당되는 항목을 모두 선택해 주십시오.

자가면역 질환

- ☐ 피부근염
- ☐ 결절성 다발동맥염
- ☐ 류마티스성 다발성 근육통
- ☐ 다발성 근염
- ☐ 건선성 관절염
- ☐ 류마티스 관절염
- ☐ 경피증
- ☐ 전신 홍반성 루푸스

☐ 암(적극적 관찰 중)

심혈관 질환

- ☐ 심장 부정맥
- ☐ 만성 심부전
- ☐ 관상동맥 질환
- ☐ 말초혈관 질환
- ☐ 심장 판막 질환
- ☐ 만성 정맥 혈전색전 질환

☐ 만성 알코올 또는 약물 의존

만성적이고 장애를 동반하는 정신 건강 질환

- ☐ 양극성 장애
- ☐ 주요 우울 장애
- ☐ 편집성 장애
- ☐ 조현병
- ☐ 조현정동장애

만성 위장관(소화기) 질환

- ☐ 췌장염
- ☐ 염증성 장질환

만성 신장 질환/말기 신장 질환 (ESRD)

- ☐ 투석 치료 중이어야 함

만성 폐 질환

- ☐ 천식
- ☐ 만성 기관지염
- ☐ 만성 폐쇄성 폐질환(COPD)
- ☐ 폐기종

인지 장애와 관련된 질환

- ☐ 치매
- ☐ 알츠하이머병

기능적 어려움을 동반하는 질환

- ☐ 척수 손상
- ☐ 마비
- ☐ 관절염

☐ 당뇨병

☐ B형 간염 또는 ☐ C형 간염

면역결핍 및 면역억제 질환

- ☐ HIV/AIDS

신경계 질환

- ☐ 근위축성 측삭경화증(ALS)
- ☐ 섬유근육통
- ☐ 만성 피로 증후군
- ☐ 척수 손상
- ☐ 뇌전증
- ☐ 뇌성마비
- ☐ 광범위한 신체 마비
(예: 편마비, 사지마비, 하반신마비, 단마비)
- ☐ 헌팅턴병
- ☐ 다발성 경화증
- ☐ 파킨슨병
- ☐ 다발신경병증
- ☐ 척추관 협착증
- ☐ 뇌졸중 또는 관련 신경학적 결손

☐ 비알코올성 지방간 질환

☐ 장기 이식 후 관리

중증 혈액 질환

- ☐ 재생불량성 빈혈
- ☐ 혈우병
- ☐ 면역성 혈소판감소성 자반증
- ☐ 골수형성이상증후군
- ☐ 겸상 적혈구 질환(겸상적혈구 보인자 제외)

22. 일주일에 30분 이상 운동하는 날이 며칠 정도 되십니까?

- ☐ 없음
- ☐ 1 ~ 2일
- ☐ 3 ~ 4일
- ☐ 5일 이상

23. 지난 12개월 동안, 응급실에 가셨거나 병원에 입원하신 횟수는 몇 번입니까?

- ☐ 없음
- ☐ 1 ~ 2회
- ☐ 3회 이상

24. 지난 12개월 동안, 넘어진 적이 몇 번 있으십니까?

- ☐ 없음
- ☐ 1 ~ 2회
- ☐ 3회 이상

25. 집 안에 안전상 걱정되는 부분이 있습니까? 예를 들어, 고정되지 않은 깔개, 조명이 어두운 곳, 안전하지 않은 계단이나 욕실, 작동하지 않는 화재경보기 또는 일산화탄소 감지기 등이 해당됩니다.

- ☐ 아니요
- ☐ 예, 구체적으로 설명해 주세요: _____

회원님의 일상 생활

26. 간병인(보호자): 집안일이나 개인 관리를 정기적으로 도와주시는 분이 있습니까? 또는 심부름이나 기타 일을 정기적으로 도와주시는 분이 있습니까? (예: 가족, 친구, 홈케어 서비스 제공자) 해당 간병인의 전화번호는 무엇입니까?

☐ 아니요

☐ 예, 간병인(보호자)의 성함: _____

간병인(보호자) 전화번호: _____

27. 다음 활동들을 얼마나 스스로 하실 수 있습니까?

	 도움이 필요하지 않음	 약간의 도움이 필요하거나 장비 사용	 항상 도움이 필요함
목욕하기	☐	☐	☐
개인 위생 관리	☐	☐	☐
옷 입기	☐	☐	☐
화장실 오가기	☐	☐	☐
의자나 침대에 앉고 일어나기	☐	☐	☐
걷기(계단 오르기 제외)	☐	☐	☐
장보기, 쇼핑하기	☐	☐	☐
식사 준비하기	☐	☐	☐
스스로 식사하기	☐	☐	☐
전화 사용하기	☐	☐	☐
집안일	☐	☐	☐
빨래하기	☐	☐	☐

음주/흡연

28. 음주를 하십니까?

☐ 아니요 ☐ 예, 술을 끊거나 음주량을 줄이는 데 관심이 있으십니까? ☐ 예 ☐ 아니요

29. 현재 담배 제품(담배, 시가, 코담배, 씹는 담배, 액상 담배(베이프), 전자 담배)을 사용하고 계십니까?

☐ 아니요 ☐ 예, 담배 제품을 끊거나 사용량을 줄이는 데 관심이 있으십니까? ☐ 예 ☐ 아니요

건강 목표

30. 회원님의 건강 목표는 무엇입니까?(해당되는 항목을 하나 이상 선택해 주십시오)

- ☐ 건강을 유지하거나 더 좋아지게 하기 위해 영양가 있고 건강한 식사를 실천하기
- ☐ 주치의(PCP)/의사와 연례 웰니스 검진 받기
- ☐ 넘어짐을 예방하기 위해 균형감과 근력 유지 또는 향상하기
- ☐ 규칙적인 운동 계획을 세우기 위해 담당 의사와 상담하기
- ☐ 기타 개인 건강 목표: _____

31. 건강 목표를 달성할 자신이 어느 정도 있으십니까?

☐ 매우 자신 있음 ☐ 어느 정도 자신 있음 ☐ 자신 없음

32. 건강 목표를 이루는 데 방해가 되는 요인이 있습니까?

- ☐ 아니요
- ☐ 예 - 해당되는 항목을 모두 선택해 주십시오:
 - ☐ 교통편 문제 ☐ 의욕 부족
 - ☐ 시간 부족 ☐ 필요한 자원(정보)/장비 부족
 - ☐ 기타 _____