

本健康風險評估表為自願填寫，您的回答不會影響您的投保資格或保險福利。

會員名字(名):	會員姓氏:	中間名縮寫:
聯邦醫療保險受益人身份號碼 (MBI):	出生日期:	HRA 完成日期:
會員電話:	家庭醫師 (PCP) / 醫師姓名:	
HRA 完成方式:		
☐ 電話訪談	☐ 面對面訪談	☐ 遠距醫療 / 視訊
☐ 紙本		
如適用，請列出協助完成本表的人員 (例如：醫師、家屬、朋友、保險經紀人)：		
姓名:	與會員關係:	
經紀人姓名:	經紀人 NPN 編號:	

關於我的資訊

1. 請說明在您的照護過程中，應考量的任何文化、宗教或個人偏好。

2. a. 您目前的居住狀況為何？

- ☐ 我有穩定的居所
☐ 我沒有固定住所 (與他人同住、住旅館、收容所、露宿街頭、海灘、車內或公園等)。請說明: _____

b. 您是否擔心失去目前的住所？

- ☐ 否 ☐ 是，請說明: _____

3. 您目前與誰同住？

- ☐ 獨居 ☐ 與配偶、家人或朋友同住 (姓名: _____)
☐ 其他: _____

4. 您覺得目前的居住環境安全嗎？

- ☐ 是 ☐ 否，請說明: _____

5. 在過去 12 個月內，交通問題有多常妨礙您就醫？

- ☐ 從未 ☐ 有時 ☐ 經常 ☐ 總是

6. 在過去 12 個月內，您是否曾無法取得基本生活需求？（請勾選所有適用項目）

- ☐ 食物 ☐ 公用事業服務 ☐ 電話 ☐ 衣物
- ☐ 健康照護（醫療、牙科、心理健康、眼科）
- ☐ 其他：_____ ☐ 無

7. 您是否已有預立醫療指示或生前遺囑，以確保當您無法為自己表達意願時（例如因疾病或受傷），您的醫療意願能被遵循？

- ☐ 是的，我的意願已記錄在預立醫療指示或生前遺囑中。
- ☐ 否，我目前沒有書面指示或相關文件。

疼痛篩檢

8. 在過去 2 週內，您是否有疼痛？

- ☐ 否
- ☐ 是 → 疼痛最嚴重時，程度為何？（0 到 10 分，10 分為最嚴重）



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

您是否曾與您的醫師或其他人討論如何管理疼痛？

- ☐ 是，對象是？_____
- ☐ 否

9. 如果您使用以下任何設備，請勾選：

- ☐ 沒有／未使用任何設備
- | | | |
|--|--|----------------------------------|
| ☐ 假牙 | ☐ 醫療警報裝置 | ☐ 升降椅 |
| ☐ 助聽器 | ☐ 移位輔具 | ☐ 眼鏡/隱形眼鏡 |
| ☐ 床邊便盆椅 | ☐ 失禁 用品 (尿墊、尿布) | ☐ 沐浴輔具 |
| ☐ 助行器／手杖 | ☐ 輪椅 (手動、電動) | |
| ☐ 其他：_____ | | |
| ☐ 請列出您需要但目前沒有的設備或輔具：_____ | | |

溝通聯繫

10. 在過去 6 個月內，您覺得自己向醫療服務提供者／醫師表達健康照護需求或疑慮的成效如何？

- ☐ 非常順利 ☐ 有時順利 ☐ 不太順利

11. 在過去 6 個月內，您的醫療提供者／醫師給您的指示有多容易理解？

- ☐ 總是容易理解，我沒有理解上的困難 ☐ 有時容易理解，我有時會遇到理解上的困難 ☐ 從不容易理解，我經常有理解上的困難

12. 您完成的最高教育程度為何？

- ☐ 高於高中程度的學歷 ☐ 高中畢業文憑／GED ☐ 低於高中學歷

我的健康

13. 整體而言，您會如何評價您的整體健康狀況？（請選擇一項）

- ☐  極佳
- ☐  良好
- ☐  尚可
- ☐  差

14. 在過去兩週內，以下問題有多常困擾您？

	 完全沒有	 幾天	 超過一半天數	 幾乎每天
a. 對做事情缺乏興趣或樂趣	☐	☐	☐	☐
b. 感到情緒低落、憂鬱或無望	☐	☐	☐	☐

15. 在過去 12 個月內，您是否曾有記憶或思考方面的問題？

- ☐ 是
- ☐ 否
- ☐ 不確定

16. 您有多常感到孤單或與他人隔離？

- ☐ 從未
- ☐ 有時
- ☐ 經常

17. 若有需要，您是否有可以依靠並尋求幫助的人？

- ☐ 是
- ☐ 否

18. 在過去的 4 週內，您感受到多少壓力？

- ☐ 完全沒有
- ☐ 有一些
- ☐ 相當多

19. 請列出您正在服用的所有藥物、服用頻率及劑量，包括替代療法和中草藥。

藥品名稱	劑量/規格	您多久服用一次？

20. 您有多常依照醫囑服用藥物？

- ☐ 總是
- ☐ 通常
- ☐ 從不 → 是什麼原因讓您無法依照醫囑服用藥物？ _____

21. 您是否有以下列出的健康問題？選擇所有適用的選項。

自體免疫疾病

- ☐ 皮膚炎
- ☐ 結節性多動脈炎
- ☐ 風濕性多肌痛
- ☐ 多發性肌炎
- ☐ 乾癬性關節炎
- ☐ 類風濕性關節炎
- ☐ 硬皮症
- ☐ 全身性紅斑狼瘡
- ☐ **癌症** (持續追蹤監測中)

心血管疾病

- ☐ 心律不齊
- ☐ 慢性心臟衰竭
- ☐ 冠狀動脈疾病
- ☐ 周邊血管疾病
- ☐ 心臟瓣膜疾病
- ☐ 慢性靜脈血栓栓塞性疾病

☐ **慢性酒精或藥物依賴**

慢性且造成失能的心理健康疾病

- ☐ 雙相情緒障礙
- ☐ 重度憂鬱症
- ☐ 偏執型障礙
- ☐ 思覺失調症
- ☐ 思覺情感障礙

慢性胃腸道疾病

- ☐ 胰臟炎
- ☐ 發炎性腸道疾病

慢性腎臟病／末期腎臟病

- ☐ 必須接受透析治療

慢性肺部疾病

- ☐ 氣喘(哮喘)
- ☐ 慢性支氣管炎
- ☐ 慢性阻塞性肺病(COPD)
- ☐ 肺氣腫

與認知功能受損相關的疾病

- ☐ 失智症
- ☐ 阿茲海默症

伴隨功能障礙的疾病

- ☐ 脊髓損傷
- ☐ 癱瘓
- ☐ 關節炎

☐ **糖尿病**

☐ **B 型肝炎** 或 ☐ **C 型肝炎**

免疫缺乏及免疫抑制疾病

- ☐ HIV／愛滋病

神經系統疾病

- ☐ 肌萎縮性側索硬化症(ALS)
- ☐ 纖維肌痛症
- ☐ 慢性疲勞症候群
- ☐ 脊髓損傷
- ☐ 癲癇
- ☐ 腦性麻痺
- ☐ 廣泛性癱瘓(例如：偏癱、四肢癱瘓、下半身癱瘓、單肢癱瘓)
- ☐ 亨丁頓氏症(Huntington's disease)
- ☐ 多發性硬化症
- ☐ 帕金森氏症
- ☐ 多發性周邊神經病變
- ☐ 脊椎狹窄症
- ☐ 中風或相關神經系統缺損

☐ **非酒精性脂肪肝疾病**

☐ **器官移植後照護**

嚴重血液系統疾病

- ☐ 再生不良性貧血
- ☐ 血友病
- ☐ 免疫性血小板減少性紫斑症
- ☐ 骨髓發育不良症候群
- ☐ 鐮刀型紅血球疾病(不包括鐮刀型紅血球帶因者)

22. 您每週有幾天運動至少 30 分鐘？

- ☐ 沒有
- ☐ 一至兩天
- ☐ 三至四天
- ☐ 五天以上

23. 過去 12 個月內，您曾到急診就醫或住院幾次？

- ☐ 沒有
- ☐ 一至兩次
- ☐ 三次以上

24. 在過去 12 個月內，您曾跌倒過幾次？

- ☐ 沒有
- ☐ 一至兩次
- ☐ 三次以上

25. 您家中是否有任何安全疑慮，例如未固定的地毯、照明不足、不安全的樓梯／浴室，或煙霧及一氧化碳偵測器無法正常運作？

- ☐ 沒有
- ☐ 有，請說明： _____

我的日常生活

26. 照顧者：是否有人定期協助您照顧自己、整理住家、處理日常事務或辦理其他事情，例如家人、朋友或居家照護人員？

☐ 沒有

☐ 有，照顧者姓名：_____

照顧者電話：_____

27. 您完成下列各項活動的能力如何？

	 我不需要幫助	 我需要一些協助或 使用輔具	 我一直需要協助
沐浴	☐	☐	☐
梳洗／個人清潔	☐	☐	☐
穿衣	☐	☐	☐
如廁(上下廁所)	☐	☐	☐
從椅子或床上起身及移位	☐	☐	☐
步行(不含上下樓梯)	☐	☐	☐
購物	☐	☐	☐
準備餐點	☐	☐	☐
自行進食	☐	☐	☐
使用電話	☐	☐	☐
打掃家務	☐	☐	☐
洗衣	☐	☐	☐

酒精/菸草使用

28. 您是否飲酒？

☐ 否

☐ 是，您是否有意願戒酒或減少飲酒量？ ☐ 是 ☐ 否

29. 您目前是否使用菸草或尼古丁產品，例如香菸、雪茄、鼻煙、嚼菸或電子煙？

☐ 否

☐ 是，您是否有意願戒菸或減少使用量？ ☐ 是 ☐ 否

健康目標

30. 您的健康目標是什麼？(請至少選擇一項)

- ☐ 遵循營養均衡且健康的飲食，以維持或改善我的健康
- ☐ 與我的家庭醫師 (PCP) / 醫師完成每年一次的健康檢查
- ☐ 維持或增進我的平衡能力與肌力，以預防跌倒
- ☐ 與我的醫師討論並制定規律的運動計畫
- ☐ 其他個人化目標： _____

31. 您對達成健康目標有多大的信心？

- ☐ 非常有信心
- ☐ 有一些信心
- ☐ 沒有信心

32. 是否有任何因素使您難以達成健康目標？

- ☐ 沒有
- ☐ 有 – 選擇所有適用項目：
 - ☐ 交通問題
 - ☐ 缺乏動力
 - ☐ 缺乏時間
 - ☐ 缺乏資源/設備
 - ☐ 其他 _____