

健康風險評估

電話：(866) 688-9021

會員名字：	中間名：	會員姓氏：	出生日期：
			參保日期：
地址：			會員 ID 號：
電話：			計劃編號：

尊敬的會員：

健康風險評估是一項簡短的調查，有助於 **Astiva** 更瞭解您的健康狀況。您提供的資訊將用於制定個別化照護計劃 (ICP)。您的回覆不會影響您的福利，且只會與您的主診醫生分享。感謝您花時間誠實回答這些問題，以便我們能更好地滿足您的需求。請使用隨附的信封將此表格寄回給我們。我們重視您的信任，並採取一切措施保護您的隱私權。

個人權利	
1. 您是否同意參與完成這項健康調查？ <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 拒絕	
a. 您是否同意 Astiva 個案經理與您聯絡？ <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 拒絕 <input type="checkbox"/> 不要打電話	
一般健康調查	
2. 在過去 12 個月內，您是否看過您的主治醫生 (PCP)？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
3. 與您同齡的人相比，您會怎麼形容自己的健康？ <input type="checkbox"/> 非常好 <input type="checkbox"/> 好 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 差	4. 在過去 12 個月內，您住院或去急診室的次數是多少？ <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> ≥ 3
5. 您是否使用以下任何醫療設備或醫療器材？（請標記所有適用項） <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 手杖 <input type="checkbox"/> 助行器 <input type="checkbox"/> 輪椅 <input type="checkbox"/> 電動代步車 <input type="checkbox"/> 氧氣 <input type="checkbox"/> CPAP/BiPAP <input type="checkbox"/> 病床	
6. 您目前有以下哪一種健康問題？（請標記所有適用項）	
a. <input type="checkbox"/> 糖尿病或高血糖	f. <input type="checkbox"/> 心臟衰竭
b. <input type="checkbox"/> 慢性阻塞性肺病、氣喘或其他呼吸/肺部疾病	g. <input type="checkbox"/> 其他心臟病
c. <input type="checkbox"/> 腎臟疾病或腎衰竭	h. <input type="checkbox"/> 活動性癌症
d. <input type="checkbox"/> 高血壓	i. <input type="checkbox"/> 中風史
e. <input type="checkbox"/> 營養不良/意外體重減輕	j. <input type="checkbox"/> 嚴重肥胖
	k. <input type="checkbox"/> 高膽固醇
	l. <input type="checkbox"/> 行為健康問題
	m. <input type="checkbox"/> 阿茲海默症/失智症
	n. <input type="checkbox"/> 帕金森氏症
	o. <input type="checkbox"/> 其他 _____
	p. <input type="checkbox"/> 沒有
7. 您是否做過預先照護規劃？（如果您無法自己做出醫療決定，討論您的醫療意願。） <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不確定	

8. 您平常會有劇烈疼痛嗎？即疼痛程度 ≥ 8 （最高為 10）？ 是 否
 a. 如果是，您是怎麼緩解疼痛的？（請標記所有適用項） 處方藥 非處方藥 運動
 物理治療 替代療法 休息 無治療 其他 _____

9. 有什麼阻礙您按醫囑服用藥物嗎？（標記主要原因）
 用藥時間表難以遵從 取藥 忘記服藥
 費用 我對藥物不信任 無，我按照醫囑服藥
 副作用 不確定怎麼服用 我沒有服用任何藥物
 視力問題 處方藥配藥困難 其他 _____

情緒與心理健康

10. 過去一個月，您受以下情況困擾的情況如何？	不受困擾	幾天	超過一半的天數	幾乎每天
a. 對做事幾乎沒有興趣或感受不到其中的樂趣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. 感到沮喪、憂鬱或絕望	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

功能性評估

11. 您需要協助完成如下任務的情況如何：	無法進行這項活動	我需要協助	不需要，我自己做	12. 在過去 12 個月內，您跌倒過多少次？ <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> ≥ 3
a. 使用馬桶：	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. 在過去 30 天內，您每週有多少次運動至少 30 分鐘？ <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1-2 <input type="checkbox"/> 3-4 <input type="checkbox"/> ≥ 5
b. 自己進食：	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. 步行：	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d. 沐浴：	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e. 穿衣：	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

社會健康病史

14. 在過去 12 個月內，您是否擔心食物會吃完，卻沒錢再買？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	15. 在過去 12 個月內，交通不便是否使您無法看診、獲得藥物、參加非醫療會議、約診、工作，或是無法取得所需物品？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
---	---

16. 您是否擔心失去住房？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	19. 在過去 12 個月內，您有多少次一天喝超過 4 到 5 杯含酒精飲料？ <input type="checkbox"/> 從無 <input type="checkbox"/> 一月一次 <input type="checkbox"/> 一週一次 <input type="checkbox"/> 每天或幾乎每天
---	--

17. 哪一項最能描述您目前的居住安排？
 獨居 與家人或伴侶同住
 與家人之外的他人同住 與照護人員同住
 住在輔助生活或護理機構
 沒有穩定的住房

18. 是否有人讓您害怕或在傷害您？
 是 否 拒絕回答

會員簽名：

日期：