



HEALTH RISK ASSESSMENT (건강 평가 설문지)

회원 이름:	중간 이름 첫 글	회원 성:	생년 월일:
주소:		가입 시작 날짜:	
		플랜 번호:	
전화번호:			

회원님께,
건강 평가 설문지는 귀하의 건강 상태를 Astiva Health 를 알려주는 간단한 설문 조사입니다. 귀하께서 제공해 주시는 정보는 개별화된 관리 계획(ICP)을 개발하는 데 사용됩니다. 응답 내용은 건강보험 혜택에 영향을 미치지 않으며, 오직 주치의와만 공유됩니다. 귀하의 건강 에 필요한것을 도울수 있도록 답변을 부탁드립니다. 동봉된 봉투를 사용하여 반환해 주시기 바랍니다. 저희는 귀하의 신뢰를 소중히 여기며, 개인정보 보호를 위해 모든 조치를 취하고 있습니다. 감사합니다.

Individual's Rights (개인의 권리)

1. 이 건강 평가 참여에 동의하십니까? 예 아니요
a. Astiva 간오사께서 건강 관리계획 전화 찬성하십니까? 예 아니요 전화하지 마십시오

General Health Survey (일반 건강 설문)

2. 지난 12 개월 내에 주치의를 방문한 적이 있습니까? 예 아니요
3. 같은 연령대의 사람들과 비교하시면, 본인 건강 상태를 어떻게 설명하시겠습니까?
 매우 좋음 좋음 보통 나쁨
4. 지난 1 년 동안 병원이나 응급실에 입원한적 있습니까?
다녀왔으면 몇 번 인가요?
 0 회 1 회 2 회 3 회 이상
5. 다음 의료기기중 사용하시는 것이 있습니까? (해당되는 모든 항목을 표시해 주세요.)
 아니요 지팡이 보행기 휠체어 전동 스쿠터 산소 CPAP/BiPAP 씨팍/바이팍 병원 침대
6. 다음 중 가지고 있는 모든 건강질환을 표시해 주세요:
- | | | |
|--|--------------------------------------|---|
| a. <input type="checkbox"/> 당뇨병 또는 고혈당 | f. <input type="checkbox"/> 심부전 | l. <input type="checkbox"/> 행동정신 장애/건강 상태 |
| b. <input type="checkbox"/> COPD, 천식 또는 기타 호흡/폐 질환 | g. <input type="checkbox"/> 기타 심장 질환 | m. <input type="checkbox"/> 알츠하이머병/치매 |
| c. <input type="checkbox"/> 장 질환 또는 신부전 | h. <input type="checkbox"/> 활동성 암 | n. <input type="checkbox"/> 파킨슨병 |
| d. <input type="checkbox"/> 고혈압 | i. <input type="checkbox"/> 뇌졸중 병력 | o. <input type="checkbox"/> 기타 _____ |
| e. <input type="checkbox"/> 영양실조/원치 않는 체중 감소 | j. <input type="checkbox"/> 심한 비만 | p. <input type="checkbox"/> 해당 없음 |
| | k. <input type="checkbox"/> 콜레스테롤 | |
7. 사전 연명의료의향서를 작성한적 있으십니까? (임종 또는 중증 치료 시 개인의 의료 바람을 명시한 문서입니다.)
 예 아니요 모르겠음

Member Name (First M.I. Last)

Member ID:

8. 평상시에 10 점 만점에 8 점 이상의 심한 통증을 느끼세요? 예 아니요
 있다면, 통증을 어떻게 관리하시나요? (해당되면 선택하십시오)
 처방약 일반 의약품 운동 물리치료 한약, 침, 대체 의학
 휴식 아무 것도 하지 않음 기타 _____

9. 처방약을 처방된대로 복용 못하는 이유가 있나요? (가장 주된 이유를 선택하십시오)
 복용 일정이 어려움 약 수령이 어려움 약 복용을 잊어버림
 비용 문제 약에 대한 불신 처방된 대로 복용함
 부작용 복용 방법을 잘 모름 어떤약도 복용하지 않음
 시력 문제 처방전 조제 어려움 기타 _____

Emotional and Mental Health (정서적 및 정신 건강)

10. 지난 한 달 동안, 다음과 같은 느낌을 얼마나 자주 느꼈습니까?

	전혀 없음	며칠 동안	절반 이상 (phq-9)	거의 매일 (phq-9)
a. 일 또는 여가 활동을 하는 데 흥미나 즐거움을 느끼지 못함	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. 기분이 가라앉거나, 우울하거나, 희망이 없음	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Functional Assessment (기능 능력 평가)

11. 다음 활동을 수행할 때 얼마나 자주 도움이 필요 합니까?	할 수 없음	예, 도움이 필요함	아니요, 스스로 합니다	12. 지난 12 개월 동안 몇 번 넘어지셨습니까? <input type="checkbox"/> 0 회 <input type="checkbox"/> 1 회 <input type="checkbox"/> 2 회 <input type="checkbox"/> 3 회 이상
a. 화장실 사용:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. 지난 30 일 동안 주당 최소 30 분 운동한 게 몇 회입니까? <input type="checkbox"/> 0 회 <input type="checkbox"/> 1-2 회 <input type="checkbox"/> 3-4 회 <input type="checkbox"/> 5 회 이상
b. 식사하기:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. 걷기:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d. 목욕:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e. 옷 입기:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Social Health History (사회적 건강 평가)

14. 지난 12 개월 안에, 음식이 떨어질까봐 걱정할 적이 있습니까?
 예 아니요

15. 지난 12 개월 동안, 교통 수단 문제로 병원예약이나 일상 생활에 필요한 일을 할 수 없었습니까?
 예 아니요

16. 집/주거지를 잃을까 봐 걱정이 됩시나요?
 예 아니요

17. 현재 주거생활을 가장 잘 설명하는 것은 무엇입니까?
 혼자 거주 가족 또는 배우자 함께
 가족 아닌 타인과 함께 거주 돌 보미와 거주
 요양원이나 간병 시설에 거주
 안정적 영구 주택이 부족함

18. 현재 살고있는 곳에서 육체적으로 아니면 감정적으로 안전하지 않다고 느낀 적이 있습니까?
 예 아니요 답변 거부

19. 지난 12 개월 동안 하루에 4~5 잔 이상의 술을 마신 적이 몇 번이나 있었습니까?
 전혀 한 달에 한 번
 일주일에 한 번 매일 또는 거의 매일

회원 서명: _____

오늘 날짜: _____