

聖馬刁健康計劃 (HPSM) 健康風險評估 (Health Risk Assessment, HRA)

簡介

感謝您填寫這份健康風險評估 (HRA) 問卷調查。回答此份與健康相關的問題將有助我們了解您的健康護理狀況和需求。這份評估問卷約需 20 分鐘可完成。隨附關於如何交回問卷的說明。

我們收到您交回的問卷後，聖馬刁健康計劃 (HPSM) 的綜合護理管理團隊將審閱您的答案，並與您共同制定一份配合您個人需要的護理計劃。該護理計劃將包括您的藥物、找服務提供者看診、營養、運動等內容。

您提供的答案將獲保密處理，且不會影響您的 CareAdvantage 承保服務。

如果您想透過電話完成問卷，請致電 **650-616-5035** 或 **1-888-783-3035** (TTY 聽力及語言障礙裝置：**1-800-735-2929** 或撥 **7-1-1**)。電話服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 5:00。

請使用藍色或黑色原子筆作答，並塗滿圓圈。

正確	不正確
	   

今天日期

1. 誰填寫這份問卷？

自己(會員本人)	代理人	家庭成員/親屬	照顧者
朋友	其他		

2. 問卷是如何完成？

書面完成後透過郵件/電郵/傳真/親身提交給聖馬刁健康計劃 (HPSM)	透過電話完成 (與聖馬刁健康計劃員工)	親身與聖馬刁健康計劃員工完成
-------------------------------------	------------------------	----------------

會員資料
3. 請提供您的個人資料。

會員姓名	出生日期
住家電話號碼	聖馬刁健康計劃 (HPSM) 會員編號
手機號碼	備用電話號碼
電郵地址 (請以正楷填寫)	

4. 您是美國退伍軍人嗎？

是	否	不清楚	不想回答
---	---	-----	------

健康護理

5. 整體而言，您如何評定您過去 4 週的健康狀況？

非常好	很好	不錯	普通
差	很差	不清楚	不想回答

6. 您是否被確診患有以下任何一類疾病或目前正在接受相關治療？ 請選擇所有適用答案：

<input type="checkbox"/>	A. 老年痴呆症或任何相關失智症
<input type="checkbox"/>	B. ADHD (注意力不足過動症)
<input type="checkbox"/>	C. 焦慮症
<input type="checkbox"/>	D. 自閉症
<input type="checkbox"/>	E. 躁鬱症
<input type="checkbox"/>	F. 抑鬱症
<input type="checkbox"/>	G. 精神性失調 (精神分裂症)
<input type="checkbox"/>	H. 藥物濫用
<input type="checkbox"/>	I. HIV/愛滋病
<input type="checkbox"/>	J. 其他
<input type="checkbox"/>	K. 我沒有被確診患有任何此類疾病

7. 在過去 6 個月中，您去過急診室或在醫院過夜的次數是多少？

沒有	1 次	2-5 次	超過 6 次
----	-----	-------	--------

健康護理 (接上頁)

8. 您是否有主治醫生 (PCP)? 如果「是」, 請提供聯絡資料。

是	否	不清楚	不想回答
主治醫生姓名		電話號碼	

9. 您是否有專科醫生/診所負責處理您的醫療護理? 如果「是」, 請提供聯絡資料。

是	否	不清楚	不想回答
專科醫生/診所名稱		電話號碼	

10. 您看醫生時, 是否需要有人協助您回答問題?

是	否	不清楚	不想回答
---	---	-----	------

11. 您是否需要有人協助您填寫健康表格?

是	否	不清楚	不想回答
---	---	-----	------

12. 您是否即將需要健康護理預約且聖馬刁健康計劃可以協助安排?

是	否	不清楚	不想回答
---	---	-----	------

**13. 如問題適用於您 - 您目前是否懷孕或過去 12 個月內曾經生產?
如果「是」, 請回答第 13a 題。如果「否」, 請跳至第 14 題。**

是	否	不清楚	不想回答
---	---	-----	------

13a. 如果「是」, 您目前是否正為這次懷孕/生產而看醫生?

是	否	不清楚	不想回答
---	---	-----	------

健康護理 (接上頁)

14. 您目前是否受到以下任何問題的影響？	是	否	不清楚	不想回答
A. 視覺：您是否會撞倒屋內四週的東西？				
B. 聽覺：是否有人曾建議您去接受聽力檢查？				
C. 口腔健康：您是否有牙齒/口部問題？				

15. 您目前是否需要協助來取得以下任何服務或用品？	是	否	不清楚	不想回答
A. 視覺/視力服務 (眼鏡、隱形眼鏡等)				
B. 聽力服務 (助聽器)				
C. 口腔健康/牙科護理 (假牙、蛀牙、洗牙、疼痛等)				
D. 專科醫生護理 (心臟、肺部、疼痛、精神健康等)				
E. 藥物 (由您的服務提供者開立處方)				
F. 性健康護理 (婦產科、家庭計劃、泌尿科等)				
G. 失禁用品 (成人紙尿褲) 和/或治療				
H. 醫療設備和/或用品 (拐杖、助行器、輪椅、糖尿病護理、血壓帶、傷口護理、氧氣等)				
I. 口譯員服務				

16. 您是否需要有人協助您服藥？			
是	否	不清楚	不想回答

17. 您是否已為無法做決定的狀況準備好一套健康護理計劃？ 如果「是」，請跳到第 17b 題。如果「否」，請回答第 17a 題。			
是	否	不清楚	不想回答

健康護理 (接上頁)

17a. 如果「否」,您是否有人幫您做決定(例如代理人)?

我有人幫我做決定	我沒有人幫我做決定	不清楚	不想回答
----------	-----------	-----	------

17b. 如果您有代理人或代表您行事的人,請提供其姓名和最方便聯絡的電話號碼。

姓名

電話號碼

與會員的關係

居住環境

18. 在過去 12 個月,您是否曾經進入過懲教所(例如:監獄、看守所、青少年懲教所)?

是	否	不清楚	不想回答	不適用
---	---	-----	------	-----

19. 在過去 12 個月,您是否住過療養院?

是	否	不清楚	不想回答	不適用
---	---	-----	------	-----

20. 您是否擔心自己的居住狀況?

是	否	不清楚	不想回答	不適用
---	---	-----	------	-----

居住環境 (接上頁)

21. 您目前的居住情況如何?(請選擇合適一項):

	A. 獨立房屋、公寓或拖車住宅
	B. 汽車或移動房屋
	C. 醫院、治療設施或療養院
	D. 酒店或汽車旅館
	E. 與他人共住
	F. 住在收容所
	G. 住在戶外 - 街上/沙灘/公園
	H. 不清楚
	I. 不想回答

22. 想想您居住的地方內,您是否遇到以下任何問題?(請選擇所有合適答案)

	A. 害蟲(如:臭蟲、螞蟻或老鼠)
	B. 含鉛油漆或管道
	C. 烤箱或爐灶故障
	D. 漏水
	E. 黴菌
	F. 沒有暖氣
	G. 煙霧探測器缺失或故障
	H. 以上皆非
	I. 不知道
	J. 不想回答

居住環境 (接上頁)

23. 您居住的地方是否有以下設施：	是	否	不適用於我的居所	不清楚	不想回答
A. 所有樓梯或斜坡都有扶手					
B. 供輪椅移動的空間					
C. 住家入口或屋內有樓梯					
D. 電梯					
E. 通往外面可上鎖的門					
F. 暢通無阻的住家出口					
G. 充足照明					
H. 充足暖氣					
I. 充足冷氣					
J. 熱水供應					
K. 室內廁所					

日常活動

24. 您是否需要有人協助您完成以下任何活動？	是	否	不清楚	不想回答
A. 盆浴或淋浴				
B. 上廁所				
C. 穿衣				
D. 梳頭、刷牙、刮鬍子				
E. 上下樓梯				
F. 下床或從椅子上起來				
G. 步行				
H. 購物和取得糧食				
I. 做飯或烹飪				
J. 進食				
K. 洗碗或洗衣服				
L. 家務或園藝工作				
M. 搭車去看醫生或探訪親友				
N. 開支票或記帳				
O. 使用電話				
P. 記下約診時間				

25. 若以上關於進行活動的問題中有任何一個答案為「是」，您是否獲得進行這些活動所需的一切協助？

是	否	不清楚	不想回答
---	---	-----	------

日常活動 (接上頁)

26. 當您需要時，是否有家人或其他人願意和有能力幫助您？
 如果「是」，請回答第 26a 和 26b 題。如果「否」，請跳至第 27 題。

(照顧者提供個人護理或居家護理服務，並為您的日常需要提供協助。
 這並不一定是付費服務，且可以由家庭成員、朋友、鄰居等提供)。

是	否	我沒有照顧者	不清楚	不適用
---	---	--------	-----	-----

26a. 您是否想過您的照顧者在協助您所需一切時也感到困難？

是	否	不清楚	不想回答
---	---	-----	------

26b. 過去一個月，您對護理人員、家人、朋友或鄰居提供的幫助滿意嗎？

非常	不大	有一些	沒有	不清楚	不想回答
----	----	-----	----	-----	------

27. 您是否擔心會跌倒？

是	否	不清楚	不想回答
---	---	-----	------

28. 過去一個月內，您是否曾跌倒？

是	否	不清楚	不想回答
---	---	-----	------

公用事業/財務

29. 是否有人未經您同意而使用您的錢？

是	否	不清楚	不想回答
---	---	-----	------

30. 以下說法有多正確：您是否有時會缺錢支付食物、租金、帳單和藥物的費用？

經常	有時候	從不	不清楚	不想回答
----	-----	----	-----	------

31. 以下說法有多正確？在過去 12 個月內，您曾擔心您的糧食會在下次有錢添購前吃光。

經常	有時候	從不	不清楚	不想回答
----	-----	----	-----	------

32. 以下說法有多正確？在過去 12 個月內，您購買的糧食不足，也沒有金錢添購。

經常	有時候	從不	不清楚	不想回答
----	-----	----	-----	------

交通

33. 您的主要交通工具是什麼？選擇您最常用的一項。

A. 汽車
B. 巴士/公共交通
C. 計程車/共享乘車服務
D. 非急診救護車/運輸
E. 自行車
F. 步行
G. 不清楚
H. 不想回答

交通 (接上頁)

34. 您是否會因為路程或交通問題而推遲或忽略去看醫生？

是	否	不清楚	不想回答
---	---	-----	------

35. 您是否曾經因為缺乏交通工具而未能前往就診、與他人會面、上班或獲取日常生活必需品？

是	否	不清楚	不想回答
---	---	-----	------

保健/行為健康

36. 您每週是否運動 2 至 3 小時？(如每週快走 5 天、每天 30 分鐘)

是	否	不清楚	不想回答
---	---	-----	------

37. 因為疼痛而無法完成日常工作的影響有多大？

1 (完全沒有影響)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (每分每刻)
					不清楚			不想回答	

38. 因為疲勞而無法完成日常工作的影響有多大？

1 (完全沒有影響)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (每分每刻)
					不清楚			不想回答	

39. 過去一個月 (30 天) 內，您有多少天感到孤單寂寞？

沒有	少於 5 天	多於 15 天	幾乎每天
		不清楚	不想回答

保健/行為健康 (接上頁)

40. 在過去兩星期(14天)內,您有多經常感覺做事缺乏興趣或樂趣?			
沒有	少於5天	多於7天	幾乎每天
		不清楚	不想回答
41. 在過去兩星期(14天)內,您有多經常感覺心情低落、抑鬱或絕望?			
沒有	少於5天	多於7天	幾乎每天
		不清楚	不想回答
42. 您是否需要幫助來聯系任何心理健康或行為健康服務?			
是	否	不清楚	不想回答
43. 您在思考、記憶或作決定方面是否有任何變化?			
是	否	不清楚	不想回答
44. 您是否害怕某人?或有人正傷害您?			
是	否	不清楚	不想回答
45. 您目前是否因患有重病而接受任何特殊醫療護理 (如安寧療護或緩和照顧服務)?			
(安寧療護提供全面性的舒適護理,主要為患有重病且臨終的會員提高生活品質。 緩和照顧主要是改善患有重病人士的生活質量和處理他們的病徵。)			
是	否	不清楚	不想回答

保健/行為健康 (接上頁)

46. 您目前是否使用任何煙草製品 (香煙、電子煙、嚼煙草等)?
 如果「是」,請前往第 46a 題。如果「否」,請跳至第 47 題。

是	否	不清楚	不想回答
---	---	-----	------

46a. 是,我使用以下煙草製品。(請選擇所有合適答案):

香煙	雪茄煙	電子煙	嚼煙草	其他
----	-----	-----	-----	----

47. 您有多經常飲用含酒精飲料?

A. 從不
B. 每月一次或更少
C. 每月 2 至 4 次
D. 每週 2 至 3 次
E. 每週 4 次或以上
F. 不清楚
G. 不想回答

48. 在過去一年中,您是否曾因非醫療原因使用過娛樂性藥物或處方藥?
 如果是,請回答第 49 題。如果沒有,請跳至第 50 題。

是	否	不清楚	不想回答
---	---	-----	------

49. 有人對您的飲酒、吸煙和/或吸毒行為表示過擔憂嗎?

是	否	不清楚	不想回答
---	---	-----	------

50. 您需要協助聯絡酒精或毒品服務機構嗎?

是	否	不清楚	不想回答
---	---	-----	------

社區、縣立或州際服務/資源

51. 您目前是否已註冊或正在接受社區、縣或州政府提供的任何服務或資源？
如果是，請回答#51a。

是	否	不清楚	不想回答
---	---	-----	------

51a. 如果「是」，請勾選下列所有合適答案：

<input type="checkbox"/>	A. 殘障服務 - 金門區域中心 (Golden Gate Regional Services)、聾人中心 (Center for Deafness) 等。
<input type="checkbox"/>	B. 能源或公共事業援助 - PG&E C.A.R.E.計劃
<input type="checkbox"/>	C. 財務援助
<input type="checkbox"/>	D. 糧食計劃 - 送餐到府服務、食物銀行、CalFresh
<input type="checkbox"/>	E. 無家可歸者服務 - 收容所
<input type="checkbox"/>	F. 住房援助 - 押金和租金援助、家居改建、Section 8 住房券
<input type="checkbox"/>	G. 職業培訓、安置和發展
<input type="checkbox"/>	H. 法律服務 - 法律援助協會 (Legal Aid Society)
<input type="checkbox"/>	I. 長者服務 - 個人護理或居家支援服務 (IHSS)
<input type="checkbox"/>	J. 長者中心和長者餐飲中心 - 社區型成人服務 (CBAS) 或成人日間護理
<input type="checkbox"/>	K. 社區型計劃 - Wider Circle
<input type="checkbox"/>	L. 交通服務 - Redi-Wheels
<input type="checkbox"/>	M. 其他：

如果您需要協助來填寫此份問卷，請致電 650-616-5035 或 1-888-783-3035 聯絡會員評估部 (Member Assessment Unit)。
如果您需要聯絡您獲指派的健康護理經理，請聯絡綜合護理管理部門，電話：650-616-2060。服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 5:00。TTY (聽力及語言障礙) 專線：1-800-735-2929 或撥 7-1-1。

感謝您的意見及與聖馬刁健康計劃 (HPSM) CareAdvantage 合作，讓我們能夠在您的健康旅程上提供支援。