







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

簡介

感謝您參與聖馬刁健康計劃 (HPSM) 健康風險評估 (Health Risk Assessment, HRA)。完成這份評估問卷需時大約 20 分鐘。您在問卷中提供的答案將幫助我們了解您的健康護理狀況和需求，讓我們能夠確保您獲得您可能需要的健康護理服務和用品。當您完成健康風險評估後，聖馬刁健康計劃會為您制定一套護理計劃。您可以參加我們制定計劃的首場會議，以確保計劃納入您需要的所有項目，這可以包括您的藥物、就診資訊、飲食、運動等。您可以和主治醫生一同審查護理計劃，也可以在需要時聯繫聖馬刁健康計劃。您的健康風險評估和護理計劃是完全保密的。如果您有任何問題，請致電 **650-616-5035** 或 **1-888-783-3035** (免費電話)。我們的服務時間為週一至週五上午 8:00 至 下午 5:00。

請如下填滿圓圈：

正確	不正確
	   

調查從2頁面上開始 

限辦事處填寫

辦理人：

接收日期：

發送日期：

今天日期

個人資料

1. 請提供您的個人資料。

會員姓名		出生日期	
家中電話號碼		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			

2. 誰填寫這份問卷？

<input type="radio"/> 自己 (會員本人)	<input type="radio"/> 代理人	<input type="radio"/> 家庭成員 / 親屬	<input type="radio"/> 照顧者
<input type="radio"/> 朋友	<input type="radio"/> 其他		

3. 問卷是如何完成的？

<input type="radio"/> 透過會員 / 照顧者 / 代理人郵寄	<input type="radio"/> 透過電話完成	<input type="radio"/> 親身到場完成
--	------------------------------	------------------------------

調查在3頁面上繼續 

健康護理

4. 您看醫生時，是否需要有人協助您回答問題？

<input type="radio"/> 是	<input type="radio"/> 否	<input type="radio"/> 不清楚	<input type="radio"/> 不想回答
-------------------------	-------------------------	---------------------------	----------------------------

5. 您是否需要有人協助您填寫健康表格？

<input type="radio"/> 是	<input type="radio"/> 否	<input type="radio"/> 不清楚	<input type="radio"/> 不想回答
-------------------------	-------------------------	---------------------------	----------------------------

6. 整體而言，您如何評定您過去 4 週的健康狀況？

<input type="radio"/> 很差	<input type="radio"/> 差	<input type="radio"/> 好	<input type="radio"/> 很好
<input type="radio"/> 非常好	<input type="radio"/> 不清楚	<input type="radio"/> 不清楚	<input type="radio"/> 不想回答

7. 您最常去找哪一個服務提供者 / 醫生 / 診所看病？

服務提供者 / 醫生 / 診所名稱

<input type="radio"/> 不清楚	<input type="radio"/> 不想回答
---------------------------	----------------------------

8. 上列服務提供者是主治醫生 (PCP)、專科醫生，還是診所？

<input type="radio"/> 主治醫生	<input type="radio"/> 專科醫生	<input type="radio"/> 診所
<input type="radio"/> 不清楚	<input type="radio"/> 不想回答	

9. 您是否快將需要健康護理預約而聖馬刁健康計劃在這方面可以協助安排？

<input type="radio"/> 是	<input type="radio"/> 否	<input type="radio"/> 不清楚	<input type="radio"/> 不想回答
-------------------------	-------------------------	---------------------------	----------------------------

 調查在 4 頁面上繼續 

健康護理 (續)

10. 您是否需要有人幫您取得以下任何服務或用品？	是	否	不清楚	不想回答
口腔 / 牙科護理 (假牙、蛀牙、洗牙、疼痛等)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
專科醫生護理 (心臟、肺部、疼痛、精神健康等)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
視力服務 (眼鏡、隱型眼鏡等)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
聽力服務 (助聽器)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
藥物 (由您的服務提供者開立處方)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
性健康護理 (婦產科、家庭計劃、泌尿科等)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
失禁者用品 (成人紙尿褲) 及 / 或治療	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
醫療設備及 / 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)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
口譯服務	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11. 您是否需要有人協助您服藥？

是
 否
 不清楚
 不想回答

12. 遇上緊急事故時，您是否知道怎樣做 (火災、地震、公共衛生事故等) ？

是
 否
 不清楚
 不想回答

健康護理 (續)

13. 您是否為自己無法做決定的時候預備好了一個健康護理計劃？

是 否 不清楚 不想回答

13a. 若答案是「否」，您是否有人幫您做決定（例如代理人），又或者您是否可以自己做決定？

我可以自己做決定 我有人幫我做決定 不清楚 不想回答

13b. 如果您有代理人或代表您行事的人，您可否提供他 / 她的姓名和最方便的電話號碼？

姓名

電話號碼

與會員的關係

調查在6頁面上繼續 

居住環境

14. 您目前的居住情況如何？

我有固定居所：(請選擇一項符合項目)

汽車或活動房屋

醫院、治療設施或療養院

酒店或汽車旅館

獨立房屋、公寓或旅行拖車

寄宿房屋或輔助型設施內的多人房 / 單人房

我目前有固定居所，但擔心將來會失去它

我沒有固定居所（寄居人家、酒店、收容所、街邊、海灘、汽車、公園）

不清楚

不想回答

15. 想想您居住的地方內，您是否遇到以下任何問題？(請選擇所有符合項目)

害蟲（如：臭蟲、螞蟻或老鼠）

含鉛油漆或管道

烤箱或爐灶故障

漏水

黴菌

沒有暖氣

煙霧探測器缺失或故障

以上皆非

不清楚

不想回答

居住環境 (續)


16. 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
所有樓梯或斜坡都有扶手	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
供輪椅移動的空間	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
住家入口或屋內有樓梯	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
電梯	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
通往外面且上鎖的門	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
暢通無阻的住家出口	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
充足照明	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
充足暖氣	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
充足冷氣	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
熱水供應	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
室內廁所	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

17. 您是否害怕某人？或有人正傷害您？

<input type="radio"/> 是	<input type="radio"/> 否	<input type="radio"/> 不清楚	<input type="radio"/> 不想回答
-------------------------	-------------------------	---------------------------	----------------------------

日常活動

18. 您目前是否受到以下任何問題所影響？	是	否	不清楚	不想回答
視覺：您是否會在屋內各處撞到東西？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
聽覺：是否有人曾建議您去檢查聽覺？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
口腔健康：您是否有牙齒 / 口部問題？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

調查在9頁面上繼續 

日常活動 (續)

19. 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
盆浴或淋浴	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
上落樓梯	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
做飯或烹飪	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
購物和取得糧食	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
進食	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
穿衣	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
梳頭、刷牙、刮鬍子	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
下床或從椅子上起來	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
上廁所	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
步行	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
洗碗或洗衣服	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
開支票或記帳	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
坐車去看醫生或看朋友	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
家務或園藝工作	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
出外拜訪親友	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
使用電話	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
記下約診時間	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

 調查在10頁面上繼續 

日常活動 (續)

20. 若對以上問題中任何活動的答案為「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

21. 當您需要時，是否有親人或其他人願意並能夠幫助您？

是 否 不清楚 不想回答

22. 您是否想過您的照顧者提供您所需一切協助時也感到困難？

是 否 不清楚 不想回答

23. 您是否擔心會跌倒？

是 否 不清楚 不想回答

24. 過去一個月內，您是否曾跌倒？

是 否 不清楚 不想回答

調查在11頁面上繼續 

公用事業 / 財務

25. 是否有人未經您同意而使用您的錢？

是 否 不清楚 不想回答

26. 您是否有時會缺錢，未能支付膳食、租金、帳單和藥費？

是 否 不清楚 不想回答

27. 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

28. 在過去 12 個月內，您所購買的糧食不足，也沒有錢去購買。

經常 有時候 從不
 不清楚 不想回答

調查在12頁面上繼續 

交通

29. 您的主要交通工具是什麼？

 私家車 巴士 / 公共交通 計程車 /
共享乘車服務 單車 步行 不清楚 不想回答

30. 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

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

 是 否 不適用於我 不清楚 不想回答調查在13頁面上繼續 

保健

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

是
 否
 不清楚
 不想回答

33. 疼痛使您無法完成日常工作的影響有多大？

1（完全沒有）
 2
 3
 4
 5
 6
 7
 8
 9
 10（時時刻刻）

不清楚
 不想回答

34. 疲勞使您無法完成日常工作的影響有多大？

1（完全沒有）
 2
 3
 4
 5
 6
 7
 8
 9
 10（時時刻刻）

不清楚
 不想回答

35. 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

36. 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

保健 (續)

37. 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？

- | | | | |
|--------------------------|------------------------------|------------------------------|----------------------------|
| <input type="radio"/> 沒有 | <input type="radio"/> 少於 5 天 | <input type="radio"/> 多於 7 天 | <input type="radio"/> 幾乎每天 |
| | | <input type="radio"/> 不清楚 | <input type="radio"/> 不想回答 |

38. 您的思考、記憶力或決定能力是否有任何改變？

- | | | | |
|-------------------------|-------------------------|---------------------------|----------------------------|
| <input type="radio"/> 是 | <input type="radio"/> 否 | <input type="radio"/> 不清楚 | <input type="radio"/> 不想回答 |
|-------------------------|-------------------------|---------------------------|----------------------------|

39. 您目前是否使用任何煙草製品 (香煙、電子煙、嚼煙) ？

- | | | | |
|-------------------------|-------------------------|---------------------------|----------------------------|
| <input type="radio"/> 是 | <input type="radio"/> 否 | <input type="radio"/> 不知道 | <input type="radio"/> 不想回答 |
|-------------------------|-------------------------|---------------------------|----------------------------|

是，我使用以下煙草製品：(請選擇所有符合項目)

- 香煙
 電子煙
 嚼煙

40. 您家中目前是否有人使用任何煙草製品 (香煙、電子煙、嚼煙) ？

- | | | | |
|-------------------------|-------------------------|---------------------------|----------------------------|
| <input type="radio"/> 是 | <input type="radio"/> 否 | <input type="radio"/> 不知道 | <input type="radio"/> 不想回答 |
|-------------------------|-------------------------|---------------------------|----------------------------|

是，我家中有人使用以下煙草製品：(請選擇所有符合項目)

- 香煙
 電子煙
 嚼煙

調查在15頁面上繼續 

保健 (續)

41. 您有多經常飲用含酒精飲料？

- | | | | |
|---------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="radio"/> 從不 | <input type="radio"/> 每月一次或更少 | <input type="radio"/> 一個月 2 至 4 次 | <input type="radio"/> 每週 2 至 3 次 |
| <input type="radio"/> 每週 4 次或以上 | <input type="radio"/> 不清楚 | <input type="radio"/> 不想回答 | |

42. 有人曾經評論您飲酒 / 吸煙和 / 或吸毒的行為嗎？

- | | | | |
|-------------------------|-------------------------|---------------------------|----------------------------|
| <input type="radio"/> 是 | <input type="radio"/> 否 | <input type="radio"/> 不清楚 | <input type="radio"/> 不想回答 |
|-------------------------|-------------------------|---------------------------|----------------------------|

調查在16頁面上繼續 

關於您自己**43. 您是美國退伍軍人嗎？**

是 否 不清楚 不想回答

44. 您是否有任何迫切需求希望我們跟進？

是 否 不清楚 不想回答

44a. 若回答是，請提供您的首選聯絡方式：

電話號碼：

感謝您接受調查。