

健康風險評估 (HRA)

簡介
感謝您接受健康風險評估 (Health Risk Assessment, HRA) 調查。完成調查大約需要 20 分鐘。您對這些問題的回答，將幫助我們了解您的健康護理狀況和需求。之後，我們就能確保您獲得可能需要的任何健康護理服務和用品。

當您接受 HRA 調查後，聖馬刁健康計劃 (HPSM) 將為您打造一套專屬的護理計劃。您可以參加我們開始打造計劃的會議。這樣能確保這份計劃含有您的所有需求。計劃內容可能包括您的藥物、就診、飲食、運動和其他事項。您可以和主治醫生一同查看這份計劃，也可以在您有任何需要時聯繫聖馬刁健康計劃。您的 HRA 和護理計劃可完全獲得保密。

如果您有任何問題，請撥打 (免費) **1-888-234-6403** 或 **650-227-4670**。我們的服務時間為星期一至星期五上午 8:00 至下午 5:00。

I. 您的個人資料

日期 (mm/dd/yyyy) _____

1: 請提供您的個人資料	
會員姓名	偏好稱呼
出生日期 (mm/dd/yyyy) _____	聖馬刁健康計劃會員編號 (列於您的聖馬刁健康計劃會員卡上)
電話號碼	電郵地址

2: 這項調查由誰填寫？	
自己 (會員本人)	法定代理人
家人/親屬	受僱的照顧者
朋友	其他 _____

3: 您偏好使用哪一種語言說話和閱讀？						
勾選一個您說話時偏好使用的語言，以及一個您閱讀時偏好使用的語言。						
英語	閱讀	說話	俄語	閱讀	說話	其他 _____
西班牙語	閱讀	說話	中文 普通話	閱讀	說話	不知道
他加祿語	閱讀	說話	中文 廣東話	閱讀	說話	不想回答

OFFICE USE ONLY

PROCESSED BY:

RECEIVED:

SENT:

除非註明可選多個答案，否則每個問題限選一個答案。

II. 您的健康護理

您對這些問題的回答，將幫助我們了解您對自己健康的看法，以及您與健康護理系統互動的情形。

4a: 當您找醫生就診時，是否需要有人協助您回答問題？

是	否	不知道	不想回答
---	---	-----	------

4b: 您是否需要有人協助您填寫健康表格？

是	否	不知道	不想回答
---	---	-----	------

5: 整體而言，您如何評定您過去 4 星期的健康狀況？

很差	差	好	很好
極好	不知道	不想回答	

6: 您的健康為什麼對您很重要？

您是否想做某件事但因目前的康狀況而不能做？您想要改善哪方面的健康？
就目前而言，您在健康方面的最大顧慮是什麼？

不知道

不想回答

7a: 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

不知道

不想回答

7b: 上列服務提供者是主治醫生 (PCP)、專科醫生，還是其他類型的服務提供者？

主治醫生	專科醫生	診所
其他 _____	不知道	不想回答

II. 您的健康護理 續上頁

8a: 您是否已安排好未來的健康護理約診或治療時間?

是	否	不知道	不想回答
---	---	-----	------

8b: 您需要聖馬刁健康計劃幫您協調約診或治療嗎?

是	否	不知道	不想回答
---	---	-----	------

8c: 您需要有人協助您取得以下任何服務或用品嗎?

	是	否	不知道	不想回答
口腔/牙科健康護理 (假牙護理、蛀牙、洗牙、牙痛等)				
專科醫生健康護理 (心、肺、疼痛、精神健康等)				
性健康護理 (婦產科、家庭計劃、泌尿科等)				
藥物 (由您的服務提供者開立處方)				
失禁用品 (成人紙尿褲) 和/或治療				
醫療用品 (糖尿病護理、血壓帶、傷口護理、氧氣等)				
其他				

8d: 您是否需要有人協助您服藥?

是	否	不知道	不想回答
---	---	-----	------

9: 您是否有一套緊急狀況應變計劃? (火災、地震、公共衛生事件等)

是	否	不知道	不想回答
---	---	-----	------

II. 您的健康護理 續上頁

10a: 您是否已為無法做決定的狀況做好健康護理計劃？

是	否	不知道	不想回答
---	---	-----	------

10b: 您是否有人幫您做選擇 (例如法定代理人) ? 或者, 您可以自己做選擇?

我可以自己做選擇	我有人幫我做選擇	不知道	不想回答
----------	----------	-----	------

10c: 如果您有法定代理人, 請在下方提供他/她的姓名和最佳聯絡號碼。

姓名	電話號碼	與會員的關係
_____	_____	_____

III. 居住環境

這部分將幫助我們了解您的居住狀況, 且此狀況如何影響您的健康。另外, 這也將幫助我們了解您是否需要額外的設備或其他資源轉介。

11a: 您目前住在什麼樣的地方 (過去 6 個月) ?

獨立房屋、公寓或旅行拖車	汽車或活動房屋	寄宿房屋或輔助型設施內的多人房/單人房*
酒店或汽車旅館	醫院、治療設施或療養院	我沒地方住 (睡在收容所、街上、海灘或公園)
其他 _____	不知道	不想回答

11b: 如果您住在設施內, 您想離開嗎?

是	否	不知道	不想回答
---	---	-----	------

III. 居住環境 續上頁

12: 您擔心自己的住房狀況嗎?			
是	否	不知道	不想回答

13: 您是否害怕某人?或有人正在傷害您?			
是	否	不知道	不想回答

14: 您是否能在家中安全生活並活動自如?			
是 請接著回答第 16 題	否 請接著回答第 15 題	不知道	不想回答

15: 如果您對第 14 題回答「否」,請問您住的地方是否有:	是	否	不知道	不想回答
充足照明				
充足暖氣				
充足冷氣				
任何樓梯或斜坡都有扶手				
熱水供應				
室內廁所				
通往外面且上鎖的門				
住家入口或屋內有樓梯				
電梯				
足供輪椅移動的空間				
住家出口暢通無阻				

III. 居住環境 續上頁

16: 您每天飲食是否均衡 (多種蔬菜、蛋白質、健康穀物) ?

是	否	不知道	不想回答
---	---	-----	------

17: 您每星期是否運動 2 至 3 小時 (例如: 每星期快走 5 天、每天 30 分鐘) ?

是	否	不知道	不想回答
---	---	-----	------

18a: 您的主要交通工具是什麼?

汽車	公車/公共交通	計程車/共享乘車服務	自行車
走路	其他 _____	不知道	不想回答

18b: 如果車上座位有安全帶, 您會多常繫上安全帶?

隨時	大多時候	有時候	很少
從不	不知道	不想回答	

19: 您目前是否受到以下任何問題的影響?

	是	否	不知道	不想回答
視力; 您在屋內是否會到處碰撞?				
您是否需要有人協助您取得眼鏡/隱形眼鏡?				
聽力: 是否有人曾建議您去檢查聽力?				
您是否使用/需要有人協助您取得助聽器?				
您是否使用/需要有人協助您取得手杖、助行器或輪椅?				
如果是, 請註明您需要哪一項	手杖	助行器	輪椅	其他 _____
口腔健康 (牙科護理、假牙、牙齒/口腔方面的顧慮)				
您是否使用/需要有人協助您取得假牙?				

III. 居住環境 續上頁

20a: 您是否需要有人協助您完成以下任何活動？	是	否	不知道	不想回答
盆浴或淋浴				
爬樓梯				
做飯或烹飪				
購物和取得食物				
進食				
穿衣				
梳頭、刷牙、刮鬍子				
下床或從椅子上起來				
上廁所				
散步				
洗碗或洗衣服				
開支票或記帳				
坐車去看醫生或看朋友				
家務或園藝工作				
出外拜訪親友				
使用電話				
追蹤約診時間				

20b: 如果您對第 20 題的任何活動回答「是」, 您是否獲得這些活動所需的一切協助？			
是	否	不知道	不想回答

III. 居住環境 續上頁

21: 當您需要時, 是否有家人或其他人願意並能夠幫助您?

是	否	不知道	不想回答
---	---	-----	------

22: 您是否想過您的照顧者在協助您所需一切時也很辛苦?

是	否	不知道	不想回答
---	---	-----	------

23a: 您是否擔心跌倒?

是	否	不知道	不想回答
---	---	-----	------

23b: 在過去一個月內, 您是否曾經跌倒?

是	否	不知道	不想回答
---	---	-----	------

24a: 是否有人未徵得您的同意就花用您的錢?

是	否	不知道	不想回答
---	---	-----	------

24b: 您是否有時會缺錢, 付不出膳食費、租金、帳單和藥費?

是	否	不知道	不想回答
---	---	-----	------

IV. 安康

這部分將幫助我們了解您在身體、心理和情緒上的感覺如何。

25: 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 一直如此
				不知道			不想回答		

26: 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 一直如此
				不知道			不想回答		

27: 在過去一個月 (30 天) 內, 您有多少天感到孤單寂寞？

沒有 (我從不感到孤單寂寞)	少於 5 天	超過 15 天	大多數日子 (我總是感到孤單寂寞)	不知道	不想回答
-------------------	--------	---------	----------------------	-----	------

28: 在過去兩星期內, 您多常感覺做事情沒什麼興趣或樂趣？

完全沒有	好幾天	超過一半的日子	幾乎每天	不知道	不想回答
------	-----	---------	------	-----	------

29: 在過去兩星期內, 您多常感覺心情低落、抑鬱或絕望？

完全沒有	好幾天	超過一半的日子	幾乎每天	不知道	不想回答
------	-----	---------	------	-----	------

30: 您的思考、記憶力或決定能力是否有任何改變？

是	否	不知道	不想回答
---	---	-----	------

IV. 安康 續上頁

31a: 您目前是否使用任何煙草製品 (香煙、電子煙、嚼煙草)? 請選擇 所有適合的答案。

我不使用煙草製品。	是,我使用以下煙草製品: 香煙 電子煙 嚼煙草 其他 _____	不知道
		不想回答

31b: 您家中任何人目前是否使用任何煙草製品 (香煙、電子煙、嚼煙草)? 請選擇 所有適合的答案。

我家中沒有人使用煙草製品。	是,我家中有人使用以下煙草製品: 香煙 電子煙 嚼煙草 其他 _____	不知道
		不想回答

32: 在過去一年內,您多常飲用任何種類的酒精飲料?

從未	一年幾次	一個月一次
一個月幾次	一星期一次	一星期幾次
每天	不知道	不想回答

33: 有人曾經批評您飲酒/吸煙/吸毒的行為嗎?

是	否	不知道	不想回答
---	---	-----	------

V. 關於您本人

這部分將幫助我們更了解您的個人背景。

34: 您屬於哪個種族和/或族裔？請選擇所有符合項目。

白人	黑人或非裔美國人	美洲印第安人或阿拉斯加原住民
西語裔或拉丁裔 (請在下方註明) 墨西哥人、墨西哥裔美國人、 齊卡諾人 薩爾瓦多人 瓜地馬拉人 古巴人 波多黎各人 其他 _____	亞裔(請在下方註明) 印度人 柬埔寨人 華人 菲律賓人 苗族人 日本人 韓國人 寮國人 越南人 其他 _____	夏威夷原住民或其他 太平洋島民(請在下方註明) 夏威夷原住民 關島人或查摩洛人 薩摩亞人 其他 _____
其他種族和/或族裔 _____	不知道	不想回答

35: 您的自我性別認同

男性	女性	跨性別男性/女變男 (FTM)	跨性別女性/男變女 (MTF)
不完全是男性或 女性;性別酷兒/ 非常規性別	更多性別分類 (或其他):請註明 _____	不知道	不想回答

36: 您是美國退伍軍人嗎？

是	否	不知道	不想回答
---	---	-----	------

V. 關於您本人 續上頁

37: 最後, 您是否還有任何想法? 或者您有任何立即需求希望我們做後續追蹤?

謝謝!

附件: 不歧視通知和語言協助