

健康風險評估 (HRA)

親愛的會員：

回答下面的問題可以幫助我們找到幫助您持續感覺良好和改善健康的方法。請儘可能多地回答問題，請將此表格裝入預付費信封中寄回。

MBI#	會員 ID	生效日期	住家電話號碼	計劃
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
名	姓氏	出生日期	性別	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女
地址	市	州	郵遞區號	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
手機號碼	電郵地址			
<input type="text"/>	<input type="text"/>			

我的首選通訊方式是哪種？

 手機 電子郵件

您在家使用任何一種設備嗎？

 平板電腦或智慧型手機 筆記型電腦或桌上型電腦 有線電視 無

您在家能上網嗎？

 是 否 不確定

您是否願意與您的提供者進行虛擬/遠端醫療就診？

 是 否 不確定

您想參加跨學科護理團隊 (ICT) 審查嗎？

 是 否 不確定

我授權 Brand New Day 向我發送有關計劃的資訊

 是 否**主治醫生**

Sales Agent Information

If someone helped you fill out this application he/she must complete the information below and sign:

Name of Staff/Agent/Broker (Print Name)**Signature****Date****Relationship to Enrollee****Agent NPN****Agent Phone Number****Agent License Number****FMO**

A 部分：醫療

A1: 總體而言，您如何評價自己的健康狀況？

極好 很好 良好 一般 較差

A2: 在過去 12 個月內，您是否曾作為病人在醫院過夜？

無 1-2 次 3-5 次 >6 個月

A3: 您每週運動幾次？

>5 天 4-3 天 2-1 天 很少 從不

A4: 您的身高是多少？_____ **A5:** 您的體重是多少_____磅

A6: 在過去的六個月中，我在沒有預期的情況下減輕或增重了 10 磅？ 是 否

A7: 您今年是否注射了流感疫苗？ 是 否

A8: 您是否接種了肺炎疫苗？ 是 否

如果回答為「是」，則是什麼時候？_____

A9: 您是否進行了結腸鏡檢查？ 是 否

如果回答為「是」，則是什麼時候？_____ 地點：_____

A10: 您目前是否正在使用居家健康服務？ 是 否

A11: 您在過去一個月是否跌倒過？ 是 否

A12: 是否有醫師告訴您有下列問題：

癌症 失智症 糖尿病/高血糖 心理健康問題 無

A13: 您的父母或兄弟姐妹是否患有糖尿病？ 是 否

A14: 您最近是否吸煙？ 是 否

A15: 您平均每天抽多少隻煙？_____

A16: 您吸煙已有多少年了？_____

A17: 您目前是否正在使用耐用醫療設備或醫療器材？ 是 否

A18: 如果 A17 回答為「是」，請在下方註明是哪種設備或醫療器材：

輪椅 步行器 手杖 便桶
 壓力床墊 病床 坐便椅 紙尿褲
 呼吸機/睡眠呼吸中止症 氧氣瓶 浴椅 導尿管

其他：_____

A 部分:醫療

A19:您對什麼藥物過敏? _____

A20:您是否有時會忘記服藥? 是 否

A21:您服用什麼藥物? _____

A22:您是否接種了 COVID 疫苗? 是 否

圈出疫苗名稱: Moderna / Pfizer / Johnson & Johnson (Janssen) / Covidencia / 其他: _____

如果回答為「是」: 首次接種疫苗的日期: _____ 第二次接種疫苗的日期: _____

B 部分:行為健康

B1 和 B2: 在過去兩週, 您有多經常被任何以下問題困擾?

B1: 沒興趣或不願意做事情:

 從未 超過半天 幾天 幾乎每天

B2: 感覺情緒低落、抑鬱或絕望:

 從未 超過半天 幾天 幾乎每天B3: 您的家人/朋友是否擔憂您的記憶? 是 否B4: 您是否參加過匿名戒酒會或匿名戒毒會? 是 否B5: 您目前是否恢復了飲酒或使用藥物? 是 否

酒精:

一杯 =

12 盎司
啤酒5 盎司
紅酒1.5 盎司
烈酒
(一次)

B6: 男性: 您過去一年有多少次一天飲酒量達到或超過 5 杯?

無 1 次或
更多

B7: 女性: 您過去一年有多少次一天飲酒量達到或超過 4 杯?

B8: 過去一年中, 您有多少次使用消遣性藥物或將處方藥用於非治療目的?

消遣性藥物包括甲基苯丙胺 (速度, 晶體)、大麻 (大麻, 鍋)、吸入劑 (塗料稀釋劑、氣霧劑、膠水)、鎮定劑 (安定劑)、巴比妥酸鹽、可卡因、搖頭丸、迷幻劑 (LSD, 蘑菇) 或麻醉劑 (海洛因)。

B 部分：行為健康**B9:** 您是否經常感到缺乏同伴？ 幾乎不 有時 經常 幾乎每天**B10:** 您是否經常感到自己被排斥？ 幾乎不 有時 經常 幾乎每天**B11:** 您是否經常感到自己與他人隔絕？ 幾乎不 有時 經常 幾乎每天**C 部分：日常起居活動****C1:** 您是否： 打鼾 睡覺時停止呼吸 不適用**C2:** 您是否有過因困意： 導致車禍 導致開車時險些相撞 不適用**C3:** 在晚上您是否： 醒來時喘氣或透不過氣 經常醒來 醒來去上洗手間 不適用**C4:** 在白天，您是否： 無來由地感到困倦或「打瞌睡」？ 早上頭痛？ 記憶力或注意力不集中？ 不適用**C5:** 您住在： 獨立的房屋、公寓、共管公寓或活動房屋 輔助生活公寓或寄宿療養院 護理院 不適用**C6:** 您與誰同住？ _____**C7:** 如果必要的話，您的朋友、親戚或鄰居是否能夠照顧您幾天？ 是 否 姓名：_____ 電話：_____**C8:** 您的醫師約診是否有來回交通服務？ 是 否**C9:** 您是否有預立醫療指示？ 是 否**C10:** 您是否有 POLST- 維持生命治療醫囑？ 是 否

D 部分:巴氏量表

對於每個部分,請勾選最適合您的方塊:

進食	
無法	0 <input type="checkbox"/>
需要幫助切開、塗抹黃油等,或需要調整飲食	5 <input type="checkbox"/>
獨立	10 <input type="checkbox"/>
洗浴	
依賴	0 <input type="checkbox"/>
獨立(或淋浴時)	5 <input type="checkbox"/>
梳洗	
需要個人護理方面的幫助	0 <input type="checkbox"/>
獨立清潔面部/頭髮/牙齒/剃鬚(提供工具)	5 <input type="checkbox"/>
穿衣	
依賴	0 <input type="checkbox"/>
需要幫助,但可以獨立完成大約一半	5 <input type="checkbox"/>
獨立(包括系鈕釦、拉鍊、鞋帶等)	10 <input type="checkbox"/>
大便	
失禁(或需要灌腸)	0 <input type="checkbox"/>
偶然事件	5 <input type="checkbox"/>
自制	10 <input type="checkbox"/>
膀胱	
失禁,或插導尿管且無法單獨處理	0 <input type="checkbox"/>
偶然事件	5 <input type="checkbox"/>
自制	10 <input type="checkbox"/>
使用衛生間	
依賴	0 <input type="checkbox"/>
需要一些幫助,但可以獨自完成一些事情	5 <input type="checkbox"/>
獨立(使用開關、穿衣、擦拭)	10 <input type="checkbox"/>
轉移(從床到坐椅或背靠位置)	
無法完成,不能保持坐姿平衡	0 <input type="checkbox"/>
主要幫助(一至兩人,身體),可以坐下	5 <input type="checkbox"/>
輕微幫助(口頭或身體)	10 <input type="checkbox"/>
獨立	15 <input type="checkbox"/>
機動性(在水平面上)	
不能移動或移動小於 50 碼	0 <input type="checkbox"/>
獨立使用輪椅,包括轉彎,移動大於 50 碼	5 <input type="checkbox"/>
在一個人的幫助下(口頭或身體)步行大於 50 碼	10 <input type="checkbox"/>
獨立步行(但可能使用任何輔助用具;例如棍子)大於 50 碼	15 <input type="checkbox"/>
樓梯	
無法	0 <input type="checkbox"/>
需要幫助(口頭、身體、搬運幫助)	5 <input type="checkbox"/>
獨立	10 <input type="checkbox"/>

總分 (0-100):