

健康風險評估表

請花幾分鐘時間填寫此健康風險評估表。填寫此表格即代表您幫助我們更好地為您服務。表格填寫完畢後，請盡快寄回至 SFHP Care Plus, P.O. Box 194247, San Francisco, CA 94119。如果您願意，您也可以透過電話告知我們這些資訊，電話：**1(415) 539-2273** 或 **711** (TTY)。您所提供的資料將予以保密。

您是否同意回答此評估表中的問題?

- 是
- 否

說明:

- a. 請閱讀每個問題，並在方格中標記： 表示您的答案。
- b. 有些問題要求您在橫線上填寫答案。請將您的答案寫在問題旁邊的橫線上。

姓氏:		名字:	
SFHP ID #:		Medicare 受益人身份證號 (Medicare 卡上的 11 位數字):	
電話 (住宅):	手機號碼:	是否允許接收簡訊: 是 否	
電郵:		是否允許接收電郵: 是 否	
地址:			
城市:		州:	郵遞區號:
出生日期:	性別:	代名詞: 她/她 他/他 他們/他們 其他:	

基本資料

1. 有人幫助您填寫此調查表嗎?

是的，我的看護者 是的，我的法定監護人 是的，家人或朋友

否，我自己填寫的

其他 (請說明): _____

不適用

拒絕回答

未知

a. 若是，您為何需要協助?

看不清楚

讀不清楚

有些問題不理解

其他 (請說明): _____

不適用

拒絕回答

未知

b. 您通常需要協助填寫健康表格嗎?

是

否

不適用

拒絕回答

未知

2. 您優先選用什麼語言?

英語

西班牙語

ASL

漢語

俄語

越南語

菲律賓語

其他: _____

不適用

拒絕回答

3. 您是聾人、有聽力問題或有嚴重的聽力困難嗎?

是

否

不適用

拒絕回答

未知

4. 您是否失明或即使戴眼鏡亦有嚴重的視障?

是

否

不適用

拒絕回答

未知

過去和現在的健康狀況

5. 總體而言，您如何評價您的身體健康狀況?

非常好	好	一般	差
拒絕回答	未知		

6. 您有主診醫生 (PCP) 嗎?

是	否	不適用	拒絕回答	未知
---	---	-----	------	----

a. 您上次去看 PCP 或醫生是什麼時候?

不到 6 個月	6-12 個月以前	1年多以前	從未
不適用	拒絕回答	未知	

b. 您的 PCP 是否關注您的問題並禮貌、尊重地對待您?

是	否	不適用	拒絕回答	未知
---	---	-----	------	----

7. 在過去 6 個月中，您能夠及時獲得所需的照護、檢查或治療的頻次如何?

經常	有時	很少	從來沒有
不適用	拒絕回答	未知	

a. 在過去 6 個月中，您去過急診室幾次?

無	每年	兩次或以上
不適用	拒絕回答	未知

8. 在過去 12 個月中，您住院多少次?

無	每年	兩次或以上
不適用	拒絕回答	未知

9. 您是否曾接受過以下任何一種疾病的治療或被告知患有以下任何一種疾病? 請選取所有適用項。

阿茲海默症或其他癡呆症	移植史
焦慮	骨髓 心臟
關節炎	腎臟 肝臟
哮喘	其他: _____
雙相情感障礙	HIV 或 AIDS
癌症	腎病
慢性阻塞性肺病 (COPD) 或肺氣腫	肝病
抑鬱症	多發性硬化症
發育障礙	精神分裂症
糖尿病	帕金森氏症
透析	懷孕，預產期: _____
癲癇症或癲癇發作	您正在接受產前照護嗎? 是 否
心力衰竭	中風
C 型肝炎	甲狀腺問題
高血壓	其他: _____
	拒絕回答
	未知

10. 您是否覺得自己的健康問題正在惡化?

是 否 不適用 拒絕回答 未知

a. 哪個健康問題? _____

11. 您是否有任何傷口、潰瘍或皮膚破損部位?

是 否 不適用 拒絕回答 未知

a. 您的傷口、潰瘍或皮膚破損在哪個部位? _____

b. 您是否正在接受治療?

是 否 不適用 拒絕回答 未知

c. 誰在協助照護您? _____

12. 在過去 6 個月中，您和您的 PCP 多久討論一次您正在服用的所有處方藥?

經常 有時 很少 從來沒有
不適用 拒絕回答 未知

a. 您服用多少種處方藥?

無 1-5 種 6 種或以上
不適用 拒絕回答 未知

b. 您是否曾忘記服藥或服錯藥?

是 否 不適用 拒絕回答 未知

c. 您是否需要協助您服藥 (包括取藥或付款)?

是 否 不適用 拒絕回答 未知

d. 若是，哪一個? _____

13. 您是否在思考、記憶或做決策方面有任何變化?

是 否 不適用 拒絕回答 未知

14. 您就在診期間是否需要協助回答問題?

是 否 不適用 拒絕回答 未知

專科醫生照護

15. 您現在正在從專科醫生處獲得照護嗎? (專科醫生是指外科醫生、心臟科醫生、皮膚科醫生，心理健康專家及從事一個醫療保健領域的其他醫生。)

是 否 不適用 拒絕回答 未知

若是，您正在看哪個醫生，您為何看該醫生? 例如：Jane Smith，腫瘤科

a. 在過去 6 個月中，您有多常能夠按您需要的最快速度成功預約到專科醫生處就診?

經常 有時 很少 從未
不適用 拒絕回答 未知

16. 您上次看專科醫生是什麼時候?

不到 6 個月 6-12 個月以前 1年多以前 從未
不適用 拒絕回答 未知

a. 您對您的專科醫生是否滿意?

是 否 不適用 拒絕回答 未知

b. 您的 PCP 是否瞭解並掌握了您從所有專科醫生那裡得到的照護的最新情況?

是 否 不適用 拒絕回答 未知

17. 您是否有影響日常活動的疼痛?

是 否 不適用 拒絕回答 未知

a. 若是，您哪裡感到疼痛? _____

b. 以 0 到 10 為等級，使用以下等級您如何評估您的疼痛程度? _____



0

不疼



2

有點疼



4

較疼



6

更疼



8

非常疼



10

越來越疼

生活安排和日常活動

18. 您目前的生活安排是怎麼樣的?

獨居	無家可歸
與家人、朋友或伴侶同住	旅館/汽車旅館
與付費看護者同住	輔助生活設施
擔心 2 個月內失去住所	
其他 (請列出): _____	
拒絕回答	未知

19. 您能在您的住所內安全生活和自由走動嗎?

是	否	不適用	拒絕回答	未知
---	---	-----	------	----

如果否，那麼您的住所是否具備以下條件:

照明良好	是	否
供暖良好	是	否
散熱良好	是	否
樓梯或坡道有扶手	是	否
熱水	是	否
室內廁所	是	否
通往室外的門可以上鎖	是	否
進入您的住所要走樓梯	是	否
電梯	是	否
輪椅使用空間	是	否
離開您的住所的無阻礙路線	是	否

20. 您從事以下活動是否需要幫助?

拒絕回答	未知
------	----

洗澡或淋浴	是	否	不適用
上樓梯	是	否	不適用
用餐	是	否	不適用
穿衣	是	否	不適用
刷牙、梳頭、剃鬚	是	否	不適用
做飯或烹飪	是	否	不適用
起床或從椅子上起身	是	否	不適用
購物和買食品	是	否	不適用
如廁	是	否	不適用
步行	是	否	不適用
洗碗或洗衣服	是	否	不適用
開支票或記錄開支	是	否	不適用
乘車去看醫生或朋友	是	否	不適用
做家務或庭院勞作	是	否	不適用
外出拜訪家人或朋友	是	否	不適用
打電話	是	否	不適用
記住約診	是	否	不適用

a. 如果是，您是否就這些活動獲得了您所需要的幫助?

是

否

不適用

拒絕回答

未知

21. 過去 3 個月內您是否跌倒過? (跌倒是指您的身體沒有受到推力而倒在地上的情況。)

是

否

不適用

拒絕回答

未知

a. 您害怕跌倒嗎?

是

否

不適用

拒絕回答

未知

b. 您是否與您的 PCP 討論過跌倒或平衡或行走問題?

是

否

不適用

拒絕回答

未知

c. 您的 PCP 是否推薦過以下任何一種措施?

拐杖或助行器

運動或物理治療計劃

視力測試

聽力測試

不適用

拒絕回答

未知

22. 是否有家庭成員或其他人願意在您需要時來幫助您?

是

否

不適用

拒絕回答

未知

a. 若是，請提供看護者的姓名和關係:

23. 您是否認為您的看護者難以為您提供所有您所需要的幫助?

是

否

不適用

拒絕回答

未知

a. 若是，您認為您的看護者需要什麼樣的支援?

獲得的服務

24. 您使用以下輔助工具嗎？請選取所有適用項。

支架或義肢	氧氣
導尿管	氣管切開術 (氣切) 或吸引器用品
CPAP 或 BiPAP (助眠機)	管飼用品
糖尿病用品 (血糖機等)	助行器或手杖
尿布或失禁用品	輪椅
助聽器	不適用
醫院病床	拒絕回答
輸液器 (靜脈注射 [IV] 藥物)	未知
造口袋或用品	

a. 若您沒有使用其中任何一種，您是否需要任何輔助工具？

是 否 不適用 拒絕回答 未知

b. 若是，請列出: _____

25. 在過去 12 個月中，您是否有時會沒錢買食物、付房租、帳單和藥品？

是 否 不適用 拒絕回答 未知

26. 是否有人在未獲得您的同意的情況下使用您的錢款？

是 否 不適用 拒絕回答 未知

27. 您目前是否享有任何 Medi-Cal 服務？

交通協助	幫忙支付水電費
<input type="checkbox"/> 縣酒精或藥物門診服務	居家支援服務 (IHSS)
<input type="checkbox"/> 縣心理健康服務	區域中心
<input type="checkbox"/> 食物援助計劃 (送餐上門、CalFresh 和食物銀行)	住房服務
	牙科

其他社區資源: _____

拒絕回答

未知

心理健康

28. 在過去的兩週內，您是否感到沮喪、憂鬱或絕望？

沒有過	有幾天	超過一半天數	幾乎每天
不適用	拒絕回答	未知	

29. 在過去的兩週內，您是否沒有做事的興趣或樂趣？

沒有過	有幾天	超過一半天數	幾乎每天
不適用	拒絕回答	未知	

30. 在過去 30 天中，您有多少天感到孤獨？

沒有 – 我從未感到孤獨	不到 5 天	
超過一半天數 (多於 15 天)	大多數天數 – 我總是感到孤獨	
不適用	拒絕回答	未知

31. 在過去的一年，您是否曾經害怕有人傷害您？

是	否	不適用	拒絕回答	未知
---	---	-----	------	----

32. 您是否曾有傷害自己或他人的想法？

是	否	不適用	拒絕回答	未知
---	---	-----	------	----

社交記錄

33. 您是否吸煙或使用任何形式的煙草製品？

是	否	不適用	拒絕回答	未知
---	---	-----	------	----

a. 若是，您是否需要協助您戒煙？

是	否	不適用	拒絕回答	未知
---	---	-----	------	----

34. 您多久喝一次酒？

從來沒有	每月一次或不到一次	每月二到四次
每週二三次	每週四次或以上	
不適用	拒絕回答	未知

35. 您通常在喝酒的一天喝多少杯酒精飲料？

1 到 2 杯	3 到 4 杯	5 杯或以上
不適用	拒絕回答	未知

健康照護計劃

36. 有人為您做醫療保健和其他選擇嗎?

否，我可以自己做出選擇

是，我有朋友或家人

請列出姓名和關係 _____

是，我有法定監護人

請列出姓名和關係 _____

不適用

拒絕回答

未知

37. 您是否有預立醫療指示? (它是一份文件，告訴醫生和醫院在您無法為自己說話時該怎麼做。)

是

否

不適用

拒絕回答

未知

a. 若是，是什麼樣的?

生前預囑

持久醫療保健授權書

醫療代理

維持生命治療醫囑 (POLST)

不適用

拒絕回答

未知

b. 若否，您是否願意與他人討論如何獲得預立醫療指示?

是

否

不適用

拒絕回答

未知

38. 您是否有任何文化和宗教信仰影響您的治療選擇?

是

否

不適用

拒絕回答

未知

39. 您希望以什麼形式取得健康資訊?

書面 (印刷體)

書面 (大字印刷體)

點字

不適用

拒絕回答

未知

40. 本評估將製訂協助我們管理您的照護需求的目標。您是否希望在重大更新後收到這些目標的副本?

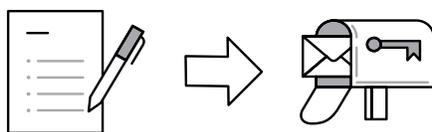
是

否

不適用

拒絕回答

未知



感謝您抽出寶貴時間與我們分享您的健康照護體驗。

請將此調查寄回：

SFHP Care Plus

P.O. Box 194247

San Francisco, CA 94119

再次歡迎 您參保 SFHP Care Plus。很高興您成為我們的參保人。

您可以索取本文件的其他格式，如盲文、大號字體和音訊。如需其他格式，或需要幫助閱讀本文件和其他 SFHP 的材料，請致電客戶服務部電話 **1(415) 539-2273** 或免費電話 **1(833) 530-7327**。如果您有聽力障礙，請致電 **711** 使用 TTY。