



METROPLUSHEALTH

會員年度健康評估表 | 告訴我們您過得怎麼樣。

請完整填寫並郵寄至：

MetroPlus Health Plan • 50 Water Street, 7th Floor • New York, NY 10004

名字，姓氏：_____ 會員識別號：_____

郵寄地址：_____

電話：_____ 出生日期：_____ 身高：_____ ft. _____ in. 體重：_____ lbs.

首選語言： 英語 西班牙語 中文 克里奧爾語 烏爾都語 孟加拉語 其他：_____

種族： 白人 美國印第安人 阿拉斯加原住民 亞裔 黑人/非裔美國人 夏威夷原住民/太平洋島民
 兩種或多種族裔 其他：_____ 不想回答

民族： 西班牙裔或拉丁裔 非西班牙裔或拉丁裔 不想回答

一般來說，您認為您的健康狀況如何： 極好 良好 一般 差

您是否希望我們致電您，幫助解決緊急健康問題？ 是 否

您是否有定期去看的醫生？ 是 否

如果「是」，您的醫生是否建議您開始、增加或保持一定強度的鍛煉或體育活動？（例如，開始爬樓梯，將步行時間從每天 10 分鐘增加至 20 分鐘，或者保持目前的鍛煉計劃）？ 是 否

您是否擁有下列任何一項？ 糖尿病 心臟問題 高血壓 癌症

呼吸問題（哮喘或慢性阻塞性肺病） 記憶問題 聽力問題 視力問題

精神/情緒問題 尿失禁 HIV 吸毒或飲酒問題

其他醫療問題：_____

您一天吃多少種藥？ 不吃藥 1-3 種 4-7 種 8 種或以上

您的基本活動（如穿衣、洗澡、吃飯、上/下椅子）是否需要幫助？ 我能夠做此事而無需幫助

我需要幫助，並且得到了我所需要的幫助 我需要幫助，但是沒有得到我所需要的幫助

您在家務、服藥、購物、財務管理、做飯或交通方面是否需要幫助？ 我能在沒有協助的情況下做到這一點

我需要幫助，並且得到了我所需要的幫助

我需要幫助，但是沒有得到我所需要的幫助

在過去 6 個月裡，您是否因為沒有辦法前往而被迫中斷醫療保健？

是

否

您在過去 6 個月裡是否跌倒過？

是

否

您生活中是否有人傷害、威脅、恐嚇您，或讓您感到不安全？

是

否

寧願不回答

您是否使用下列任何設備：

手杖

步行器

輪椅

醫院病床

氧氣

防護三角褲/隔尿墊(成人紙尿片)

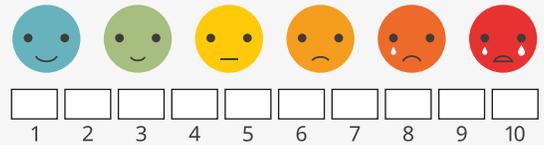
其他 _____

您是否反復或持續疼痛？

是 否 如是，開始日期：_____

如果是，是哪裡疼痛？_____

如果是，請在此處標記您的疼痛等級：



您的生活狀況如何？

我有一個穩定的住處 我目前有地方住，但我擔心將來會失去它

我沒有一個穩定的住處(暫時與其他人住在一起，住在酒店、庇護所、住在街上、海灘上、汽車裡、廢棄的建築物裡、公共汽車或火車站、公園等)

您是否擔心您現在的住處會讓您生病？(即黴菌、蟲子/齧齒動物、漏水、熱量不足等)

是 否 其他：_____

您目前是否接受公共援助(食品券、送餐到家、HEAP、EPIC、公共或現金援助等)？

是 否 我不知道

在過去的一年裡，您是否擔心在您有錢買更多食物之前，您的食物會用完？

是 否 寧願不回答

在過去的一年裡，電力、天然氣、石油或自來水公司是否威脅要關閉您家的服務？

是 否 我不知道

您吸煙、電子煙或使用煙草嗎？ 目前 之前 從不

您今年是否接種了流感疫苗？ 是 否 我不知道

請列出您的藥物(如適用，請在額外的紙張中列出其他藥物)：

藥物名稱：_____ 劑量：_____ 頻率：_____

藥物名稱：_____ 劑量：_____ 頻率：_____

藥物名稱：_____ 劑量：_____ 頻率：_____

藥物名稱：_____ 劑量：_____ 頻率：_____

藥物清單 (接上頁, 請在額外的紙張中列出其他藥物) :

藥物名稱: _____ 劑量: _____ 頻率: _____
藥物名稱: _____ 劑量: _____ 頻率: _____
藥物名稱: _____ 劑量: _____ 頻率: _____
藥物名稱: _____ 劑量: _____ 頻率: _____



在過去的 2 周裡, 您有多少次對做事情沒有興趣或樂趣?

- 從來沒有 幾天
 這些日子的一半以上 幾乎每天

在過去的 2 周裡, 您有多少次感到情緒消沉、抑鬱或者絕望?

- 從來沒有 幾天
 這些日子的一半以上 幾乎每天

僅限 50 歲及以下的女性: 您是否懷孕了? 是 否 我不知道

僅限 50-74 歲的女性: 您今年或去年是否做過乳房 X 光檢查 (檢查乳腺癌)?

是 否 我不知道

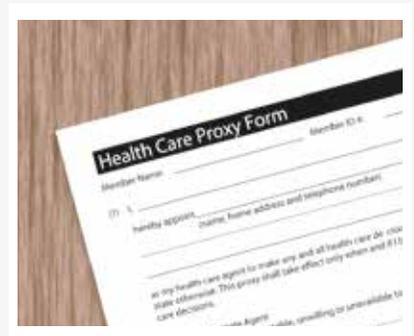
僅限 50-75 歲的女性: 您是否進行了以下檢測以檢查結腸癌?

- 結腸鏡檢查 (過去 10 年裡) 乙狀結腸鏡檢查 (過去 5 年裡)
 便血檢測 (最近一年內)

您是否擁有下列任何一項?

- 預先指示/生前遺囑 (是一份說明如果您無法為自己說話您希望得到什麼醫療的文件)
 保健委託書 (在您無法做出保健決定時為您做出保健決定的人員)
 否, 但與我討論了高級護理計劃
 否, 沒有與我討論高級護理計劃
 否, 但我有興趣瞭解更多資訊: 是* 否

* 我們將向您發送預先指示和保健委託書



請完整填寫並郵寄至:

MetroPlus Health Plan • 50 Water Street, 7th Floor • New York, NY 10004