



# 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 \_\_\_\_\_

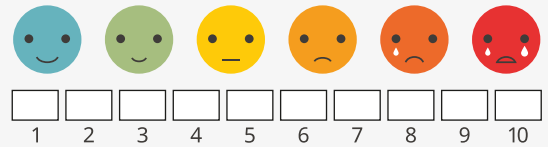
您是否反復或持續疼痛？

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

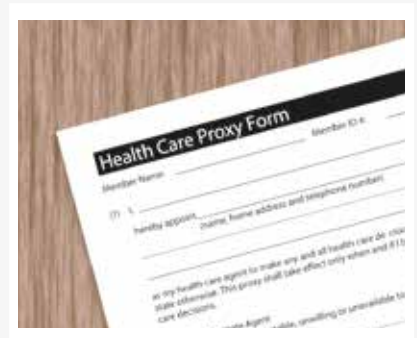
僅限 50-75 歲的女性: 您是否進行了以下檢測以檢查結腸癌?

- 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**