



METROPLUSHEALTH

회원 연례 건강 평가
양식 | 어떻게 지내고
계신지 알려주십시오.



전체를 작성하여 다음 주소로 보내주십시오:

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

이름, 성: _____ 회원 ID: _____

우편 주소: _____

전화: _____ 생년월일: _____ 키: _____ 피트 _____ 인치 체중: _____ 파운드

선호하는 언어: 영어 스페인어 중국어 크레올어 우르두어 벵골어 기타: _____

인종: 백인 아메리칸 인디언 알래스카 원주민 아시아인 흑인/아프리카계 미국인

하와이 원주민/태평양섬 주민 둘 이상의 인종 기타: _____ 답변 거부

민족: 히스패닉 또는 라틴계 비 히스패닉 또는 라틴계 답변 거부

귀하의 평소 건강 상태는: 매우 좋음 좋음 보통 나쁨

귀하의 긴급한 건강 문제를 도와드리기 위해 전화드려도 되나요? 예 아니요

정기적으로 진료를 받나요? 예 아니요

예인 경우 담당 의사가 일정 수준의 운동이나 신체 활동을 시작하거나 늘리거나 유지하도록 조언했나요? (예를 들어 계단을 오르기 시작하거나 매일 10분에서 20분으로 걷기를 늘리거나 현재 운동 프로그램을 유지하도록 조언) 예 아니요

다음 중 하나라도 있나요? 당뇨병 심장 질환 고혈압 암

호흡기 질환(천식이나 만성 폐쇄성 폐질환) 기억력 문제 청력 문제 시력 문제

정신적/정서적 문제 요실금 HIV 약물이나 알코올 문제

기타 의학적 문제: _____

하루에 몇 가지 종류의 약을 복용하나요? 없음 1-3 4-7 8종 이상

기본적인 활동에 도움이 필요한가요(웃입기, 목욕하기, 식사하기, 의자 이용 등)?

도움 없이 가능 도움이 필요하고 도움을 받을 수 있음 도움이 필요하지만 도움을 받을 수 없음

가사, 약 복용, 쇼핑, 돈 관리, 식사 준비 또는 교통 이용에 도움이 필요한가요?

- 도움 없이 가능 도움이 필요하고 도움을 받을 수 있음
- 도움이 필요하지만 도움을 받을 수 없음

지난 6개월 이내에 그곳에 갈 방법이 없어서 의료 서비스 없이

가야 했던 적이 있나요? 예 아니요

지난 6개월 이내에 이런 상황이 발생했나요? 예 아니요

생활 과정에서 누군가가 귀하를 해치거나 위협하거나 겁주거나 불안감을 느끼게 하나요?

- 예 아니요 답변하고 싶지 않음

이용하는 도구 또는 기타 항목:

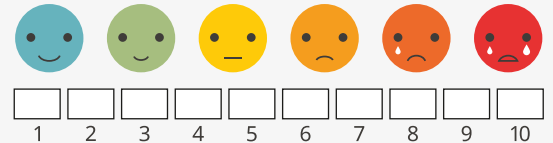
- 지팡이 보행기 휠체어 병원 침대 산소 보호 팬티/패드(성인용 기저귀)
- 기타 _____

반복적이거나 지속적인 통증이 있나요?

예 아니요 예인 경우, 시작 날짜: _____

예인 경우, 어디에 통증이 있나요? _____

예인 경우, 여기에 통증의 정도를 표시하세요:



귀하의 생활 환경은 어떤가요?

안정적으로 살 곳이 있음 지금은 살 곳이 있지만 앞으로 잃을까봐 걱정임

안정적으로 살 곳이 없음(호텔, 대피소, 거리, 해변, 자동차, 관리되지 않는 폐허 건물, 버스 또는 기차역, 공원, 기타 장소에서 일시적으로 다른 사람과 함께 체류)

지금 살고있는 곳이 취약한 환경으로 인해 병에 걸릴까봐 걱정되시나요? (예: 곰팡이, 벌레/설치류, 누수, 난방 부족 등) 예 아니요 기타: _____

현재 공공 지원을 받고 있나요? (식품 구입권, 식사 배달, HEAP, EPIC, 공공 또는 현금 지원 등)

- 예 아니요 모름

작년에 음식을 더 살 돈이 생기기 전에 음식이 다 떨어질까봐 걱정했나요?

- 예 아니요 답변하고 싶지 않음

작년에 전기, 가스, 석유 또는 수도 회사가 귀하의 집에 대한 서비스를 중단하겠다고 위협한 적이 있나요?

- 예 아니요 모름

담배나 전자 담배를 피우시나요? 흡연하고 있음 전에 흡연한 적 있음 흡연한 적 없음

올해 독감 백신(독감 예방주사)을 맞았나요? 예 아니요 모름

약품 목록을 기입하십시오(해당되는 경우 추가 시트에 추가 약품 목록 기입):

약품 이름: _____	복용량: _____	빈도: _____
약품 이름: _____	복용량: _____	빈도: _____
약품 이름: _____	복용량: _____	빈도: _____
약품 이름: _____	복용량: _____	빈도: _____

약품 목록(계속 - 해당되는 경우 추가 시트에 추가 약품 목록 기입):

약품 이름: _____	복용량: _____	빈도: _____
약품 이름: _____	복용량: _____	빈도: _____
약품 이름: _____	복용량: _____	빈도: _____
약품 이름: _____	복용량: _____	빈도: _____



지난 2주 동안 무언가를 할 때 흥미나 즐거움을 거의 느끼지 못하는 경우가 얼마나 자주 있었나요?

- 전혀 없음 며칠
 해당 기간의 절반 이상 거의 매일

지난 2주 동안 낙담, 우울, 절망감을 느낀 경우가 얼마나 자주 있었나요?

- 전혀 없음 며칠
 해당 기간의 절반 이상 거의 매일

50세 이하 여성만 해당: 임신하셨나요? 예 아니요 모름

50-74세의 여성만 해당: 올해나 작년에 유방암 검사를 받았나요? 예 아니요 모름

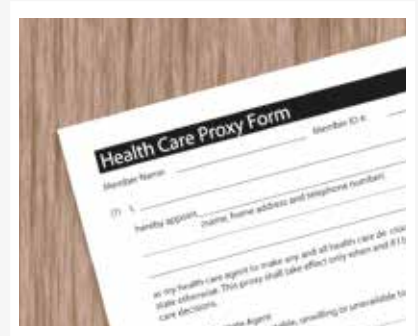
50-75세만 해당: 결장암 검사를 위해 다음과 같은 검사를 받았나요?

- 대장내시경 검사(지난 10년 이내) S상 결장경 검사(지난 5년 이내)
 분변잠혈 검사(1년 이내)

다음 중 하나라도 있나요?

- 사전 의료 지시서/사망 선택 유언(귀하가 스스로 말할 수 없는 경우 어떤 치료를 원하는지 기술된 문서)
 건강 관리 대리인(귀하가 의료 결정을 내릴 수 없는 경우에 대신 결정을 내릴 수 있는 사람)
 아니요. 하지만 사전 의료 계획을 저와 논의했습니다.
 아니요. 사전 의료 계획을 저와 논의하지 않았습니다.
 아니요, 그러나 자세히 알아보고 싶습니다: 예* 아니요

* 사전 의료 지시서 및 건강 관리 대리인 양식을 보내드리겠습니다.



전체를 작성하여 다음 주소로 보내주십시오:
MetroPlus Health Plan • 50 Water Street, 7th Floor • New York, NY 10004