



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: _____ 英尺 _____ 英寸 體重: _____ 磅

偏好語言: ☐ 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: ☐ 白種美國印第安人 ☐ 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

大體上看, 您覺得自己的健康狀況如何: ☐ 非常好 ☐ 良好 ☐ 一般 ☐ 欠佳

您是否希望我們致電您, 幫助解決緊急健康問題? ☐ 是 ☐ 否 ☐ 不想回答

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

您是否有下列任何一種健康問題? ☐ 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 ☐ 不想回答

☐ 無 ☐ 其他醫療問題: _____

您一天服用多少種不同的藥物? ☐ 無 ☐ 1-3 ☐ 4-7 ☐ 8 種或以上

您在基本活動中是否需要幫助 (如穿衣、洗澡、進食、行走、如廁, 或上/下椅子)?

☐ 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

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 ☐ 不想回答

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 ☐ 不想回答

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 如果「是」，開始日期： _____

如果「是」，哪個部位疼痛？ _____

如果「是」，標註您的疼痛等級：



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）

您是否擔心現在的住所會導致您生病？（即存在黴菌、臭蟲/齧齒動物、漏水、不暖和等問題）

☐ 是 ☐ 否 ☐ 其他： _____

您目前是否接受公共援助（食品券、輪上餐食、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 ☐ 不想回答

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

您是否吸煙、吸電子煙（電子蒸汽煙）或使用煙草？ ☐ 目前 ☐ 之前 ☐ 從不

您今年接種流感疫苗了嗎？ ☐ 是 ☐ 否 ☐ 我不知道

請列出您服用的藥物（如有必要，另附紙張列出其他藥物）：

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 (續 - 如有必要, 另附紙張列出其他藥物) :

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 |
| ☐ 不想回答 | |

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 |
| ☐ 不想回答 | |

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: 您今年或去年是否接受過乳房 X 光檢查 (檢查乳腺癌)?

☐ 是 ☐ 否 ☐ 我不知道

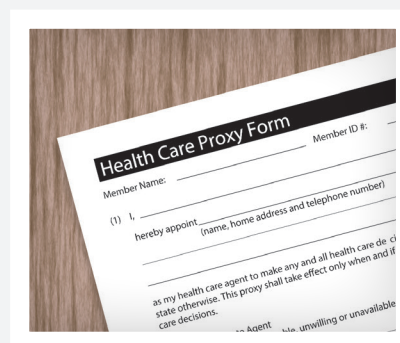
僅限 45-75 歲的人士回答: 您是否進行了以下檢測以檢查結腸癌?

- ☐ 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)

您是否有下列任何一種措施?

- ☐ 預先指示/生前遺囑 (是一份說明如果您無法為自己說話時您希望得到什麼醫療的文件)
- ☐ 保健代理 (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

* 我們將為您提供一份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