



請將此 HRA 放入已印好地址的隨附信封寄回。

健康風險評估 (HRA)

日期：		會員 ID：		計劃生效日期：	
名：		姓：		出生日期：	
性別：		住宅電話：		其他號碼：	

第 1 節 個人特徵

<p>1 您是西班牙裔或拉丁裔嗎？</p> <p><input type="checkbox"/> 是</p> <p><input type="checkbox"/> 否</p> <p><input type="checkbox"/> 我選擇不回答這個問題</p>	<p>2 您屬於哪個（些）種族？請勾選所有適用項。</p> <p><input type="checkbox"/> 亞洲人 <input type="checkbox"/> 夏威夷原住民</p> <p><input type="checkbox"/> 太平洋島民 <input type="checkbox"/> 黑人/非裔美國人</p> <p><input type="checkbox"/> 白人 <input type="checkbox"/> 美洲印第安人/阿拉斯加原住民</p> <p><input type="checkbox"/> 其他（請寫明）：</p> <p><input type="checkbox"/> 我選擇不回答這個問題</p>
--	---

第 2 節 健康問題

<p>3 您目前或過去患有哪些疾病？（請勾選所有適用項。）</p> <p><input type="checkbox"/> 哮喘 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 中風</p> <p><input type="checkbox"/> 雙相障礙 <input type="checkbox"/> 聽力問題 <input type="checkbox"/> 視力問題</p> <p><input type="checkbox"/> 癌症 <input type="checkbox"/> 心臟衰竭 <input type="checkbox"/> 無</p> <p><input type="checkbox"/> 慢性阻塞性肺病 (COPD)/肺氣腫 <input type="checkbox"/> 高血壓</p> <p><input type="checkbox"/> 冠心病</p> <p><input type="checkbox"/> 失智症</p>	
---	--

第 3 節 其他健康問題

<p>4 總體而言，您如何評價自己的健康情況？</p> <p><input type="checkbox"/> 極好 <input type="checkbox"/> 一般</p> <p><input type="checkbox"/> 非常好 <input type="checkbox"/> 很差</p> <p><input type="checkbox"/> 好</p>	<p>5 （僅限女性）您目前是否懷孕？</p> <p><input type="checkbox"/> 是</p> <p><input type="checkbox"/> 否</p>
<p>6 您的視力如何？</p> <p><input type="checkbox"/> 極好 <input type="checkbox"/> 一般</p> <p><input type="checkbox"/> 非常好 <input type="checkbox"/> 很差</p> <p><input type="checkbox"/> 好</p>	<p>7 您今年是否接種了以下任何疫苗？</p> <p>流感 肺炎 COVID（製造商：_____）</p> <p><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 是</p> <p><input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 否</p>
<p>8 您是否使用菸草製品？</p> <p><input type="checkbox"/> 是</p> <p><input type="checkbox"/> 否</p>	<p>9 您目前使用幾種不同的處方藥？</p> <p><input type="checkbox"/> 1-2 種處方藥</p> <p><input type="checkbox"/> 2-3 種處方藥</p> <p><input type="checkbox"/> 4 種或更多</p>
<p>10 您是否有任何疼痛：</p> <p><input type="checkbox"/> 否</p> <p><input type="checkbox"/> 是</p> <p>部位：_____</p>	<p>11 您是否住過院：</p> <p><input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 一次 <input type="checkbox"/> 兩次或以上 _____</p> <p>您是否有過任何急診 (ER) 就診：<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p>
<p>12 您是否會跌倒：</p> <p><input type="checkbox"/> 是</p> <p><input type="checkbox"/> 否</p>	



請將此 HRA 放入已印好地址的隨附信封寄回。

IMPERIAL HEALTH PLAN
OF CALIFORNIA

13	您是否有家人或其他人願意並能夠在您需要時為您提供幫助：	
	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
14	您是否認為您的照護者很難為您提供您需要的所有幫助：	
	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
第 4 節 住房		
15	您目前的住房狀況如何？	16 您的具體住所為：
	<input type="checkbox"/> 我沒有住房（與他人同住、住在旅館、住在庇護所、露天住在街邊、住在海灘上、住在車裡、廢棄建築物裡、公共汽車站或火車站、或公園裡） <input type="checkbox"/> 我目前有住房，但我擔心將來失去住房 <input type="checkbox"/> 我有住房	<input type="checkbox"/> 獨立住宅公寓、公寓或移動房屋 <input type="checkbox"/> 輔助生活公寓或寄宿和護理中心 <input type="checkbox"/> 療養院 <input type="checkbox"/> 其他：_____
第 5 節 食物		
17	在過去 12 個月內，您擔心食物吃完後沒有錢繼續購買。	
	<input type="checkbox"/> 經常這樣 <input type="checkbox"/> 有時這樣 <input type="checkbox"/> 從沒這樣過	
第 6 節 公用事業		
18	在過去 12 個月內，供電、供氣、供油或供水公司是否威脅要對您的家裡斷供？	
	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 已經斷供	
第 7 節 交通		
19	在過去 12 個月內，您是否因為交通不便而無法赴約就診、會面、工作或獲得日常生活所需的物品？（勾選所有適用項）	
	<input type="checkbox"/> 是，交通不便讓我無法赴約就診或獲得藥物 <input type="checkbox"/> 是，交通不便讓我無法完成非醫療會面、赴約、工作或獲得我所需的物品 <input type="checkbox"/> 否	
第 8 節 社會和情緒健康		
20	您在目前居住的地方是否感到身心安全？	21 您多久與您關心並感到親近的人見一次面或聊一次天？（例如：與朋友通電話、拜訪朋友或家人、參加教堂或俱樂部聚會）。
	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不確定 <input type="checkbox"/> 我選擇不回答這個問題	<input type="checkbox"/> 每週少於 1 次 <input type="checkbox"/> 每週 1 至 2 次 <input type="checkbox"/> 每週 3 至 5 次 <input type="checkbox"/> 每週 6 次或更多 <input type="checkbox"/> 我選擇不回答這個問題



請將此 HRA 放入已印好地址的隨附信封寄回。

22 在過去 2 週中，您感到悲傷的頻率如何：

- 完全沒有
- 偶而
- 有幾天
- 超過一半天數
- 幾乎每天

請將此 HRA 放入已印好地址的隨附信封寄回。