



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:	計劃開始日期:
名:	姓氏:	出生日期:
性別:	電話號碼:	電子郵件:

第 1 部分：關於您（個人特徵）

1 您是什麼種族和/或民族？選取所有適用項，並在提供的空白處輸入詳細資訊。

美國印第安人/阿拉斯加原住民（例如，納瓦荷族、諾姆愛斯基摩人社區等）

亞裔（例如，華裔、菲律賓裔、印度裔、越南裔等）

黑人/非裔美國人（例如，非裔美國人、海地裔、衣索比亞裔等）

西班牙裔或拉丁裔（例如，墨西哥裔、薩爾瓦多人、波多黎各裔、古巴裔等）

中東或北非人（例如，黎巴嫩人、伊朗人、埃及人、敘利亞人等）

夏威夷原住民/太平洋島民（例如，夏威夷原住民、薩摩亞人、斐濟人等）

白人（例如，英國人、德國人、愛爾蘭人、義大利人、波蘭人等）

其他族裔，請填寫：

第 2 部分：健康狀況

2 您是否曾患有以下健康問題？（勾選所有適用選項）

<input type="checkbox"/> 哮喘	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 中風（包括腦出血）
<input type="checkbox"/> 憂鬱症、躁鬱症或精神分裂症	<input type="checkbox"/> 膀胱或腸道問題	<input type="checkbox"/> 視力或眼睛問題
<input type="checkbox"/> 癌症（包括白血病）	<input type="checkbox"/> 聽力喪失	<input type="checkbox"/> 癲癇發作
<input type="checkbox"/> COPD 或肺部疾病	<input type="checkbox"/> 嚴重肥胖	<input type="checkbox"/> 血管疾病
<input type="checkbox"/> 肺炎或其他肺部感染	<input type="checkbox"/> 高血壓	<input type="checkbox"/> 藥物或酒精問題
<input type="checkbox"/> 失智症或記憶衰退	<input type="checkbox"/> 足部問題	<input type="checkbox"/> 先前器官移植狀況：
<input type="checkbox"/> 肝病（末期）	<input type="checkbox"/> 腎臟疾病（第 5 期）	哪個器官？_____
<input type="checkbox"/> 類風濕性關節炎，關節問題	<input type="checkbox"/> 愛滋病毒或愛滋病	移植日期：_____
<input type="checkbox"/> 癱瘓（四肢癱瘓）	<input type="checkbox"/> 心臟病、心力衰竭	<input type="checkbox"/> 其他：_____
<input type="checkbox"/> 身體一側活動困難	<input type="checkbox"/> 心律不整	<input type="checkbox"/> 無

第 3 部分：您的健康狀況和就診記錄（預防護理）

3 您如何評價您目前的健康狀況？ <input type="checkbox"/> 極好 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 非常好 <input type="checkbox"/> 很差 <input type="checkbox"/> 好	4 您是否使用煙草製品？ <input type="checkbox"/> 是，香菸或雪茄 <input type="checkbox"/> 是，電子煙 <input type="checkbox"/> 無
5 您上次體檢是什麼時候？	6 您上次乳房 X 光檢查是什麼時候？
7 您上次驗血是什麼時候？	8 您上次大腸癌篩檢是什麼時候？
9 您是否經常進行任何形式的體力活動或運動？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	10 您是否曾被安排接受姑息治療就診以幫助管理慢性疾病？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
11 整體而言，您在進行這些日常生活活動時感覺如何？	



請將此 HRA 放入已印好地址的隨附信封寄回。

IMPERIAL HEALTH PLAN
OF CALIFORNIA

進食 <input type="checkbox"/> 可以獨立完成 <input type="checkbox"/> 需要協助	梳頭、刷牙、剃鬚、剪指甲等？ <input type="checkbox"/> 可以獨立完成 <input type="checkbox"/> 需要協助												
穿衣和脫衣 <input type="checkbox"/> 可以獨立完成 <input type="checkbox"/> 需要協助	上下床和自由活動？ <input type="checkbox"/> 可以獨立完成 <input type="checkbox"/> 需要協助												
如廁 <input type="checkbox"/> 可以獨立完成 <input type="checkbox"/> 需要協助	徹底洗澡或淋浴 <input type="checkbox"/> 可以獨立完成 <input type="checkbox"/> 需要協助												
12 如果您患有糖尿病或心臟病，您是否正在服用他汀類藥物（降膽固醇藥物）？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	13 您上一次散瞳視網膜（眼科）檢查是什麼時候？ 檢查日期：_____ 地點：_____ 是否發現視網膜病變？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否												
14 您上次驗血的 A1c 水準是多少？ 檢測日期：_____ 水準：_____	15 您上次腎臟（尿液或 eGFR）檢測是什麼時候？ 檢測日期：_____ 結果（如果已知）：_____												
16 您上次測量血壓是什麼時候？ 測量日期：_____ 血壓水準：____/____ 測量地點： <input type="checkbox"/> 家 <input type="checkbox"/> 醫生診所	17 您今年是否接種過以下任何疫苗？ <table border="1" style="width:100%; text-align:center;"> <tr> <td>流感</td> <td>肺炎</td> <td>COVID</td> <td>其他</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 是</td> <td><input type="checkbox"/> 是</td> <td><input type="checkbox"/> 是</td> <td><input type="checkbox"/> 是</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 否</td> <td><input type="checkbox"/> 否</td> <td><input type="checkbox"/> 否</td> <td><input type="checkbox"/> 否</td> </tr> </table>	流感	肺炎	COVID	其他	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 否
流感	肺炎	COVID	其他										
<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 是										
<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 否										
18 如果您沒有定期接種疫苗，原因是什麼？	19 如果您今年接種了其他疫苗，您接種了哪些疫苗？												
20 您如何描述自己的飲食習慣？ <input type="checkbox"/> 健康均衡 <input type="checkbox"/> 比較健康 <input type="checkbox"/> 飲食不健康或不規律	21 您目前是否飲酒或使用娛樂性藥物或物質？ <input type="checkbox"/> 是，定期 <input type="checkbox"/> 是，偶爾 <input type="checkbox"/> 否或不想說												
22 您在過去 12 個月內住過幾次院？ <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1-2 <input type="checkbox"/> 3-5 <input type="checkbox"/> 5 次以上	23 您在過去 12 個月內去過幾次急診室 (ER)？ <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1-3 <input type="checkbox"/> 4-7 <input type="checkbox"/> 7 次以上												
24 您在過去 12 個月內是否曾入住過專業護理機構 (SNF) 或急性復健機構？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否													
第 4 部分：移動與平衡（跌倒的風險）													
25 您去年是否曾跌倒？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	26 您走路或站立時是否感到不穩定？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否												
27 您是否需要幫助行走或站立？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	28 您的醫師是否進行過持續 12 秒或更長時間的定時步行測試？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否												
29 您是否難以看清？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	30 您在過去一年內是否進行過視力測試？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否												
第 5 節：藥物、過敏和疼痛													
31 您是否服用處方藥？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果是，有多少種？ _____ 列出所有已知藥物： _____													
32 是否有任何藥物會讓您頭暈、困倦或意識混亂？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	33 您目前是否有疼痛或不適？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 如果是，在哪裡？ _____ 疼痛程度從 0 到 10 是多少？ _____ (0 = 無疼痛, 10 = 最糟) _____												



請將此 HRA 放入已印好地址的隨附信封寄回。

IMPERIAL HEALTH PLAN
OF CALIFORNIA

34	您是否有任何已知的過敏？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果是，請列出過敏原：_____	35	您是否從 Medicare 獲得額外補助來支付藥費？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
第 6 節：支援與社交生活					
36	您在家是否感到安全？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	37	您現在是否有護理人員照顧您？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果是，每週多少天？_____		
38	當您需要幫助的時候，您是否有家人或其他人願意並能夠幫助您？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				
39	您是否覺得您的護理員很難為您提供所需的幫助？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				
40	您多久與親密的朋友/家人交談或見面一次？ <input type="checkbox"/> 每週 1 次以下 <input type="checkbox"/> 每週 1-2 次 <input type="checkbox"/> 每週 3-5 次 <input type="checkbox"/> 每週超過 5 次				
第 7 節：住房與交通載送					
41	您如今的住房狀況如何？ <input type="checkbox"/> 我有穩定的住所 <input type="checkbox"/> 我目前有住處，但我擔心未來會失去 <input type="checkbox"/> 我沒有穩定住處（我跟別人住在一起、住在飯店、住在收容所、住在街道、海灘、汽車、廢棄建築物、公車或火車站，或公園）				
42	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：食物和公用事業					
43	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				
44	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 9 節：情緒與情感健康					
45	在過去兩週內，您受到以下任何問題困擾的頻率如何？				
請為每個陳述勾選一個方塊：		完全沒 有	幾天	超過 一半的日子	幾乎 每天
		0	1	2	3
對事物失去興趣或樂趣		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
感覺心情低落、沮喪或絕望：		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

請將此 HRA 放入已印好地址的隨附信封寄回。