



이 HRA를 제공된 회신용 봉투에 넣어 반송해 주십시오.

건강 위험 평가(HRA)

날짜:		가입자 ID:		플랜 시작일:	
이름:		성:		생년월일:	
성별:		전화번호:		이메일:	

섹션 1: 본인 소개(개인 특성)

1 귀하의 인종 및/또는 민족은 무엇입니까? 해당하는 항목을 모두 선택하고 제공된 공간에 세부 정보를 입력하십시오.

아메리칸 인디언/알래스카 원주민(예: 나바호 네이션, 놉 에스키모 커뮤니티 등)

동양인(예: 중국인, 필리핀인, 인도인, 베트남인 등)

흑인/아프리카계 미국인(예: 아프리카계 미국인, 아이티인, 에티오피아인 등)

히스패닉 또는 라틴계(예: 멕시코, 엘살바도르, 푸에르토리코, 쿠바 등)

중동 또는 북아프리카(예: 레바논, 이란, 이집트, 시리아 등)

하와이 원주민/태평양 섬 주민(예: 하와이 원주민, 사모아, 피지 등)

백인(예: 영국인, 독일인, 아일랜드인, 이탈리아인, 폴란드인 등)

기타 그룹, 상세 기재:

섹션 2: 건강 상태

2 이런 건강 문제를 겪어본 적이 있습니까? (해당란에 모두 표시하십시오)

<input type="checkbox"/> 천식	<input type="checkbox"/> 당뇨병	<input type="checkbox"/> 뇌졸중(뇌출혈 포함)
<input type="checkbox"/> 우울증, 양극성 장애 또는 정신 분열증	<input type="checkbox"/> 방광 또는 장 문제	<input type="checkbox"/> 시력 또는 눈 문제
<input type="checkbox"/> 암(백혈병 포함)	<input type="checkbox"/> 청력 상실	<input type="checkbox"/> 발작
<input type="checkbox"/> COPD 또는 폐 질환	<input type="checkbox"/> 중증 비만	<input type="checkbox"/> 혈관 질환
<input type="checkbox"/> 폐렴 또는 기타 폐 감염	<input type="checkbox"/> 고혈압	<input type="checkbox"/> 마약이나 알코올 문제
<input type="checkbox"/> 치매 또는 기억 상실	<input type="checkbox"/> 발 문제	<input type="checkbox"/> 과거 장기 이식: 어떤 기관입니까?
<input type="checkbox"/> 간 질환(말기)	<input type="checkbox"/> 신장 질환(5단계)	이식 날짜: _____
<input type="checkbox"/> 류마티스 관절염, 관절 문제	<input type="checkbox"/> HIV 또는 AIDS	<input type="checkbox"/> 기타: _____
<input type="checkbox"/> 마비(사지마비)	<input type="checkbox"/> 심장병, 심부전	<input type="checkbox"/> 없음
<input type="checkbox"/> 몸의 한쪽을 움직이기 어려움	<input type="checkbox"/> 불규칙한 심장 박동	

섹션 3: 귀하의 건강 및 의사 방문(예방 진료)

3 본인의 건강을 어떻게 평가하십니까? <input type="checkbox"/> 우수 <input type="checkbox"/> 양호 <input type="checkbox"/> 매우 좋음 <input type="checkbox"/> 나쁨 <input type="checkbox"/> 좋음	4 담배 제품들을 사용하십니까? <input type="checkbox"/> 예, 담배 또는 시가 <input type="checkbox"/> 예, 전자담배 펜 <input type="checkbox"/> 없음
5 마지막 검진은 언제였습니까?	6 마지막 유방조영술은 언제였습니까?
7 마지막 혈액 검사는 언제였습니까?	8 마지막 대장암 검사는 언제였습니까?
9 규칙적으로 어떤 종류의 신체 활동이나 운동을 하십니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	10 만성 질환을 관리하는 데 도움이 되는 완화 치료 방문을 제안받은 적이 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
11 전반적으로, 이러한 일상 생활 활동을 수행하는 것이 얼마나 편안합니까?	



식사 <input type="checkbox"/> 자립적으로 가능 <input type="checkbox"/> 도움 필요	머리 빗질, 양치질, 면도, 손톱 깎기 등? <input type="checkbox"/> 자립적으로 가능 <input type="checkbox"/> 도움 필요												
옷 입기와 옷 벗기 <input type="checkbox"/> 자립적으로 가능 <input type="checkbox"/> 도움 필요	침대에 들락날락하고 자유롭게 돌아다니기? <input type="checkbox"/> 자립적으로 가능 <input type="checkbox"/> 도움 필요												
화장실 사용 <input type="checkbox"/> 자립적으로 가능 <input type="checkbox"/> 도움 필요	완전 목욕 또는 샤워 <input type="checkbox"/> 자립적으로 가능 <input type="checkbox"/> 도움 필요												
12 당뇨병이나 심장 질환이 있는 경우 스타틴(콜레스테롤 약)을 복용하고 계십니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	13 마지막으로 망막 확장(눈) 검사를 받은 것이 언제였습니까? 검사일: _____ 장소: _____ 망막병증이 발견되었습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요												
14 마지막 혈액 검사에서 A1c 수치는 얼마였습니까? 검사일: _____ 수치: _____	15 마지막 신장(소변 또는 eGFR) 검사는 언제였습니까? 검사일: _____ 결과 (알고 있는 경우): _____												
16 마지막 혈압 측정은 언제였습니까? 측정 날짜: _____ 혈압 수준: ____/____ 측정 위치: <input type="checkbox"/> 자택 <input type="checkbox"/> 의사 진료소	17 올해 다음 백신을 맞으셨습니까? <table border="1" style="width:100%; text-align:center;"> <tr> <td>독감</td> <td>폐렴</td> <td>코로나</td> <td>기타</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 예</td> <td><input type="checkbox"/> 예</td> <td><input type="checkbox"/> 예</td> <td><input type="checkbox"/> 예</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 아니요</td> <td><input type="checkbox"/> 아니요</td> <td><input type="checkbox"/> 아니요</td> <td><input type="checkbox"/> 아니요</td> </tr> </table>	독감	폐렴	코로나	기타	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 아니요
독감	폐렴	코로나	기타										
<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 예										
<input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 아니요										
18 정기적으로 백신 접종을 맞지 않는다면 그 이유는 무엇입니까?	19 올해 다른 백신을 접종했다면 어떤 백신입니까?												
20 본인의 식습관을 어떻게 설명하시겠습니까? <input type="checkbox"/> 건강하게 골고루 섭취 <input type="checkbox"/> 다소 건강함 <input type="checkbox"/> 건강에 해롭거나 불규칙한 식사	21 현재 술을 마시거나 기분 전환용 약을 복용하고 계십니까? <input type="checkbox"/> 예, 정기적으로 <input type="checkbox"/> 예, 가끔 <input type="checkbox"/> 아니요 또는 모릅니다												
22 지난 12개월 동안 병원에 몇 번이나 입원하셨습니다? <input type="checkbox"/> 0회 <input type="checkbox"/> 1-2회 <input type="checkbox"/> 3-5회 <input type="checkbox"/> 5회 이상	23 지난 12개월 동안 응급실(ER)에 몇 번이나 가셨습니까? <input type="checkbox"/> 0회 <input type="checkbox"/> 1-3회 <input type="checkbox"/> 4-7회 <input type="checkbox"/> 7회 이상												
24 지난 12개월 동안 전문 간호 시설(SNF) 또는 급성 재활 시설에 입원한 적이 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요													
섹션 4: 이동과 균형(낙상 위험)													
25 작년에 넘어진 적이 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	26 걸거나 서 있을 때 불안정함을 느끼십니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요												
27 걸거나 서는 데 도움이 필요하십니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	28 의사가 12초 이상 지속되는 시간 제한 보행 검사를 실시했습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요												
29 선명하게 보는 데 어려움이 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	30 작년에 시력 검사를 받으셨습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요												
섹션 5: 의약품, 알레르기 및 통증													
31 처방약을 복용하십니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 그렇다면, 얼마나 됩니까? _____ 알려진 모든 의약품 목록: _____													
32 어지럽거나, 졸리거나, 혼란스럽게 만드는 약이 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	33 현재 통증이나 불편함이 있습니까? <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예. 그렇다면, 어디입니까? _____ 0 ~ 10의 척도로 통증 수준은 얼마입니까? _____ (0 = 통증 없음, 10 = 최악)												



이 HRA를 제공된 회신용 봉투에 넣어 반송해 주십시오.

IMPERIAL HEALTH PLAN
OF CALIFORNIA

34	알려진 알레르기가 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 그렇다면 알레르기 항원을 기재하십시오. _____	35	약값 지불을 위해 Medicare로부터 추가 도움을 받습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요		
섹션 6: 지원 및 사회 생활					
36	집에서 안전하다고 느끼십니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	37	지금 도움을 주는 간병인이 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 그렇다면, 매주 며칠입니까? _____		
38	필요할 때 기꺼이 도와줄 수 있는 가족이나 다른 사람들이 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요				
39	담당 간병인이 본인에게 필요한 모든 도움을 주는 데 한 번이라도 어려움을 겪고 있다고 생각하십니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요				
40	친한 친구/가족과 얼마나 자주 통화하거나 만나십니까? <input type="checkbox"/> 일주일에 1회 미만 <input type="checkbox"/> 일주일에 1-2회 <input type="checkbox"/> 일주일에 3-5회 <input type="checkbox"/> 주 5회 이상				
섹션 7: 주거 & 교통편					
41	현재 귀하의 주택 상황은 어떻습니까? <input type="checkbox"/> 안정된 거처를 가지고 있다 <input type="checkbox"/> 오늘은 살 곳이 있지만 앞으로는 잃어버릴까 봐 걱정이다 <input type="checkbox"/> 안정된 주거지가 없다 (나는 다른 사람들과 함께 호텔, 보호소, 길거리, 해변, 차, 버려진 건물, 버스나 기차역, 또는 공원에서 지내고 있다)				
42	지난 12개월 동안 교통 수단이 없어 진료 예약, 회의, 직장 또는 일상 생활에 필요한 물건을 구하지 못한 적이 있습니까? (해당 사항을 모두 선택) <input type="checkbox"/> 예, 진료 예약이나 약을 받지 못했습니다 <input type="checkbox"/> 예, 비의료 회의, 약속, 직장 또는 필요한 물건을 구하지 못하게 되었습니다 <input type="checkbox"/> 아니요				
섹션 8: 식품 및 유틸리티					
43	지난 12개월 동안, 귀하는 더 살 돈이 생기기 전에 음식이 다 떨어질까 봐 걱정했습니다. <input type="checkbox"/> 종종 참이다 <input type="checkbox"/> 가끔은 사실일 때도 있다 <input type="checkbox"/> 전혀 사실이 아니다				
44	지난 12개월 동안 전기, 가스, 석유 또는 수도 회사가 가정의 서비스를 중단하겠다고 위협한 적이 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 이미 끝났음				
섹션 9: 기분 및 정서적 건강					
45	지난 2주 동안 다음과 같은 문제로 괴롭힘을 당하셨던 적이 있습니까?				
각 문장마다 하나의 확인란을 선택하십시오.		전혀 없음	여러 날	반나절 이상	거의 매일
사물에 대한 관심 또는 기쁨 상실:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
기분 저조, 우울함 또는 절망감:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

이 HRA를 제공된 회신용 봉투에 넣어 반송해 주십시오.